

**OHJAUKSEN TOTEUTUMINEN HOITOKETJUSSA AIVOINFARKTIIN  
SAIRASTUNEIDEN ARVIOIMANA**

Tampereen yliopisto  
Terveystieteiden yksikkö  
Pro gradu -tutkielma  
Saara Kotakorpi  
Kesäkuu 2017

## TIIVISTELMÄ

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

KOTAKORPI SAARA: Ohjauksen toteutuminen hoitoketjussa aivoinfarktiin sairastuneiden arvioimana

Pro gradu -tutkielma, 34 sivua, 6 liitettä

Ohjaaja: TtT, professori Marja Kaunonen

Hoitotiede

Kesäkuu 2017

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata aivoinfarktiin sairastuneiden hoitoketjussa saamaa ohjausta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena oli tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin perusterveydenhuollon yksikölle tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta hyödynnettäväksi aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketjun arvioinnissa ja kehittämisessä. Tutkimuksessa käytettiin määrällistä ja laadullista menetelmää. Tutkimusaineisto kerättiin postitettavalla strukturoidulla kyselylomakkeella joka sisälsi yhden avoimen kysymyksen.

Kyselylomake postitettiin Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä hoidetuille aivoinfarktipotilaille, joiden sairauden toteamisesta oli kulunut 2-6 kuukautta aikaa. Tutkimusaineisto koostui 73 vastaajan tiedoista. Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS Statistics 23 -ohjelmaa käyttäen. Kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä.

Ohjaus toteutui hoitoketjussa keskimäärin riittävästi ja suuri osa sairastuneista koki hyötyvänsä annetusta ohjauksesta. Ohjauksen koettiin edistäneen erityisesti vastuunottoa sairauden hoidosta. Ohjaus toteutui riittävimmin liikunnasta, lääkehoidosta ja tutkimuksista. Vähän ohjausta annettiin sosiaalieluksista, sairauden vaikutuksista perheeseen ja lähiomaisiin, stressin hallinnasta sekä vertaistukiryhmistä. AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto oli yhteydessä sairastuneiden kokemaan parempaan ohjauksen riittävyyteen hoitoketjussa ja parempaan kokonaisarvioon ohjauksesta. Kehittämiskohteiksi hoitoketjussa tunnistettiin ohjauksen sisällön kehittäminen, jatkohoidon sujuvuuden turvaaminen ohjauksella ja toimintatapojen kehittäminen.

AVH-yhdyshenkilötoiminta ei toteutunut hoitoketjukuvausten mukaisesti ja sitä kannattaa jatkossa vahvistaa. Osa sairastuneista kohtasi ongelmia jatkohoidon sujuvuudessa kotiutumisen jälkeen. Ohjausta saatavilla olevista palveluista ja sosiaalieluksista tulisi helpottaa. Läheisten ohjaukseen hoitoketjussa tulisi kiinnittää huomiota. Osa sairastuneista koki riittämättömäksi saamansa ohjauksen henkiseen hyvinvointiin ja stressin hallintaan, joten sitä tulisi lisätä. Ohjausta tulisi antaa enemmän vertaistuen mahdollisuudesta ja kiinnittää huomiota myös ohjauksen yksilöllisyyteen.

Avainsanat: Aivoinfarktipotilas, ohjaus, hoitoketju

## ABSTRACT

University of Tampere

School of Health Sciences

SAARA KOTAKORPI: Stroke patients' experience of counselling in a care pathway

Master's Thesis, 34 pages, 6 appendix

Supervisor: Professor Marja Kaunonen

Nursing Science

June 2017

---

The purpose of the study was to describe stroke patients' experiences of counselling in a care pathway and factors related to it. The goal was to produce knowledge to Pirkanmaa hospital district of counselling supply of the stroke patient which can be used for assessing and developing the care pathway. The data of the study was collected by postal survey which included one open question.

The questionnaires were posted to stroke patients (N=73) treated at the Tampere university hospital whose illness had been diagnosed two to six months earlier. The data was statistically analyzed with the SPSS for Windows program. The open question was analyzed using content analysis method.

According to the study results counselling was sufficient in the care pathway on an average and most of the patients experience benefited from the counselling. Most sufficient were the counselling about exercise, medication and results of studies. Counselling on social benefits, effect of illness on family and close relatives, stress management and peer support groups were experienced as insufficient. Contact made by the stroke contact person to patient was related to better experience of sufficiency of counselling and to better overall rating of counselling. Developmental targets in the care pathway were identified development of counselling content, securing continuity of care with counselling and development of working methods.

The work of the stroke contact person did not realize as planned in the care pathway and it is worth to be strengthened. Some of the patients faced problems with the continuity of care after being discharged and there should be more counselling about services and social benefits available. More attention should be paid to counselling of stroke patients' next of kin. Part of the patients felt counselling they receive for mental wellbeing and stress management to be insufficient, thus it should be increased. More counselling should be given on peer support and more attention should be paid on patient-centred counselling.

Keywords: stroke patient, counseling, patient education, care pathway

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	1
2	TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	3
2.1	Aivoinfarkti sairautena .....	3
2.2	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketju .....	4
2.3	Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ohjaus .....	6
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	11
4	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	12
4.1	Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat .....	12
4.2	Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu .....	12
4.3	Aineiston analyysi .....	14
5	TUTKIMUSTULOKSET .....	16
5.1	Taustatiedot .....	16
5.2	Ohjauksen riittävyys ja vaikutukset .....	18
5.3	Ohjauksen kehittämiskohteet .....	23
6	POHDINTA .....	27
6.1	Tutkimuksen eettisyys .....	27
6.2	Tutkimuksen luotettavuus .....	28
6.3	Tulosten tarkastelu .....	29
6.4	Johtopäätökset .....	33

LÄHTEET

LIITTEET

## 1 JOHDANTO

Suomessa, kuten muualla Euroopassa on nähty ongelmana sosiaali- ja terveyspalveluiden pirstaleisuus. Palveluiden parempi integraatio ja asiakaslähtöisyys onkin nostettu keskeiseksi kehittämisen kohteeksi. Väestön ikärakenteen muutos haastaa osaltaan uudistamaan palveluiden organisointia. (STM 2010, WHO 2013.) Suomen sosiaali- terveyspolitiikan strategiassa Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020 tavoitteeksi on nostettu turvata kaikille yhdenvertaiset, oikea-aikaiset ja vaikuttavat palvelut (STM 2010). Hoitoketjut ovat yksi keino turvata palveluiden integrointia. Yhteensovittamalla palveluja hoitoketjuiksi pyritään edistämään asiakaslähtöisyyttä ja turvaamaan laadukkaat palvelut. (STM 2017.) Terveystieteiden hoitoketjujen avulla voidaan parantaa palveluiden laatua ja tukea näyttöön perustuvien käytäntöjen noudattamista. Hoitoketjuilla voidaan myös edistää palveluiden tehokkuutta sekä ennustettavuutta. (JBI 2010.)

Aivoverenkiertohäiriöt (AVH) ovat Suomessa kansanterveydellisesti merkittävä sairausryhmä. Suomalaisista noin 24 000 sairastaa vuosittain aivoverenkiertohäiriön. (Roine 2016.) Aivohalvauksen esiintyvyys kasvaa iän myötä ja väestön ikääntyessä esiintyvyyden ennustetaankin kasvavan, mikäli sairauden ennaltaehkäisyssä ei onnistuta. Aivohalvauksen ennuste on parantunut merkittävästi viime vuosina, mutta monen kohdalla sairaus johtaa edelleen pitkäaikaiseen lisääntyneeseen palvelutarpeeseen. (Meretoja 2012.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä on laadittu AVH-potilaan hoitoketju, joka on valmistunut helmikuussa 2016. Hoitoketjun tavoitteena on edistää AVH-potilaiden hoitoon hakeutumista ja parantaa alkuvaiheen hoitoa sekä turvata jatkokuntoutusta sairastuneille. Hoitoketjun avulla pyritään parantamaan hoidon sujuvuutta, potilasohjausta sekä tukemaan potilaan ja hänen perheensä arjessa selviytymistä. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

AVH-potilaan ohjaus tapahtuu moniammatillisesti. Laadukas ohjaus edellyttää yhteistyötä ammattilaisten välillä, mutta myös yhteistyötä sairaalan ja perusterveydenhuollon välillä. (Oikarinen ym. 2014.) Laadukkaalla potilasohjauksella voidaan tukea sairastuneen osallistumista hoitoon ja parantaa hoitoon sitoutumista (Yoon ym. 2006). Ohjauksen avulla voidaan myös vaikuttaa AVH-sairastuneen elämäntapamuutokseen sairauden riskitekijöiden vähentämiseksi (Oikarinen 2016). AVH-sairastuneen ohjauksen keskeisenä tavoitteena on tukea kotona selviytymistä (Kaila 2009, Oikarinen ym. 2014). Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esille, että aivohalvaukseen

sairastuneilla ja heidän läheisillään on paljon ohjauksellisia tarpeita, joista osa jää huomioimatta (Hafsteinsdottir ym, 2011, Loupis & Faux 2013, Sadler ym. 2014).

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata aivoinfarktiin sairastuneiden hoitoketjussa saamaa ohjausta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta, jota voidaan hyödyntää AVH-potilaan hoitoketjun arvioinnissa ja kehittämisessä. Tutkimuksessa tarkastellaan aivoinfarktipotilaiden saamaa ohjausta AVH-potilaan hoitoketjussa, koska eri aivoverenkiertohäiriöissä hoidon kulku poikkeaa hiukan toisistaan ja aivoinfarkti on näistä selvästi yleisin. Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon kanssa.

Aivoinfarktiin sairastuneen akuuttihoidon tulisi tapahtua siihen erikoistuneessa yksikössä moniammatillisella tiimillä. Akuuttihoidossa moniammatilliseen tiimiin tulee kuulua lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, neuropsykologi sekä

sosiaalityöntekijä. Kuntoutusvaiheessa kuntoutusohjaaja toimii myös kuntoutujan tukena osana moniammatillista tiimiä. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Aivoinfarktiin sairastuneen kuntouttaminen aloitetaan heti hänen vointinsa salliessa. Potilaalle tulee tehdä heti hoidon alkuvaiheessa kuntoutusarvio moniammatillisessa tiimissä. Tiimi ottaa kantaa kuntoutustarpeeseen ja potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma. (Käypä hoito -suositus 2016.) Suomessa on todettu olevan suuria eroja sairaanhoitopiirien välillä kuntoutukseen pääsyssä. Sairaanhoitopiirien sisällä myös terveystieteiden kuntoutusresurssien on todettu vaihtelevan. (Takala ym. 2010.) Curiqueon ja Mikkelsonin (2017) suomalaisessa keskussairaalassa tekemässä tutkimuksesta kävi ilmi, että AVH-potilaiden kuntoutustarvetta ei arvioitu hoitoketjun ja Käypä hoito -suosituksen mukaan. Noin 40 prosenttia potilaista sai kuntoutussuosituksia akuuttivaiheessa.

Aivoinfarktiin sairastuneiden on todettu hyötyvän yksilöllisestä, moniammatillisesti toteutetusta kuntoutuksesta. Toimintakykyä voidaan tukea myös kotiutumisen jälkeen avohoidossa annetulla kuntoutuksella. Sairastuneiden pitkäaikaiseurannasta vastaa perusterveydenhuolto. AVH-yhdyshenkilöinä toimivilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä on tärkeä rooli suunnitelman seurannassa. (Käypä hoito -suositus 2016.)

Aivoinfarktipotilailla sairastumisen jälkeinen masennus on yleistä. Merkittävä osa sairastuneista kärsii uupumisoireista tai masennuksesta akuuttivaiheen jälkeen. (Käypä hoito -suositus 2016.) Ikääntyneet aivohalvauksen kokeneet ovat kuvanneet sairastumista odottamattomaksi ja elämää muuttavaksi tapahtumaksi. Sairauden alkuvaiheeseen liittyy shokki ja tunne oman toimintakyvyn menettämisestä. Sairastumiseen liittyvät fyysiset ja psyykkiset muutokset koetaan pelottavina. Oma elämä on rakennettava uudelleen sairastumisen jälkeen, mikä vaatii ponnisteluja. Selviytyminen fyysisten rajoitteiden kanssa, eläminen epävarmuuden kanssa, uusiin rooleihin ja muutoksiin sopeutuminen vaativat kuntoutujalta työtä. Tilanteeseen sopeutumisen kannalta tärkeää on kokemus toivosta ja positiivisen asenteen löytyminen. Toipumisprosessin aikana on koettu tärkeäksi yhteydet läheisiin ja ammattilaisiin. Sairauteen liittyvät kommunikaatiovaikeudet ja sairauden aiheuttamat muutokset sosiaalisissa suhteissa voivat lisätä riskiä henkilön eristäytymiseen. (Joanna Briggs Institute 2009.)

## **2.2 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketju**

Hoitoketjut ovat kansainvälisesti laajasti käytetty menetelmä tietyn potilasryhmän hoidon laadun, tehokkuuden ja asiakaslähtöisyyden parantamiseen. Hoitoketjussa kuvataan potilasryhmän kannalta



keskeinen hoidon sisältö ja päämäärät näyttöön perustuen sekä huomioiden potilaan odotukset. (Vanhaecht ym. 2010.) Hoitoketjut ovat toimintaohjeita hyvien käytäntöjen soveltamiseen (Ketola ym. 2006). Hoitoketjutyöskentelyssä korostuu moniammatillinen yhteistyö. Hoitoketjun avulla pyritään edistämään hoitoon osallistuvien tahojen keskinäistä kommunikaatiota sekä hoidon koordinoitua. (Vanhaecht ym. 2010.) Hoitoketjutyöskentely on prosessinomaista kehittämistyötä, joka kokoaa paikallisia toimijoita yhteen yli organisaation rajojen (Nordback ym. 2010). Tavoitteena on edistää potilaan hyvän kokonaishoidon toteutumista ja selkiyttää hoitoon osallistuvien vastuunjakoja (Ketola ym. 2006). Hoitoketjulla viitataan alueellisella tasolla tehtävään toimintaan. Hoitosuosituksia koskevat valtakunnallista tasoa ja toimivat tukena hoitoketjua laadittaessa. (Nordback ym. 2010.)

Hoitoketjutyöhön kuuluu hoitoketjun laadinta, toimeenpano, arviointi ja päivittäminen. Osana toimeenpanoa huolehditaan hoitoketjun julkaisusta, levittämisestä ja käyttöönotosta. Hoitoketjut ovat tarkoitettu toimijoille hyödynnettäväksi arjen päätöksenteossa ja niiden tulee olla kaikkien saatavilla. (Ketola ym. 2006.) Hoitoketjutyöskentely tähtää jatkuvaan hoidon laadun parantamiseen joten niiden tuloksia tulee myös seurata ja arvioida (Vanhaecht ym. 2010).

Hoitoketjun vaikuttavuutta arvioitaessa tulisi tarkastella sen kykyä saada aikaan haluttuja vaikutuksia ja päästä asetettuihin tavoitteisiin. Hoitoketjulle tulisi asettaa tavoitteita, jotka ovat mitattavissa. Eri hoitoketjuilla on omia erityispiirteitään ja kriittisiä menestystekijöitä, joiden tulee onnistua vaikuttavuuden saavuttamiseksi. Tämän vuoksi arviointimittaristo on rakennettava hoitoketjukohtaisesti. Vaikuttavuutta hoitoketjussa voidaan tarkastella yhteiskunnallisena vaikuttavuutena ja asiakasvaikuttavuutena. Asiakkaalle hoitoketjun vaikuttavuus ilmenee terveyden paranemisena tai elämänhallintana. Potilaan tulee kokea tulevansa kuulluksi hoitoketjussa ja kohdatuksi yksilöllisesti. Potilaan elämäntilanne tulee ottaa huomioon. Asiakaslaatua arvioitaessa on tärkeää saada tietoa potilaan kokemuksista ja näkemyksistä liittyen hoitoon. (Silvennoinen-Nuora 2010.)

Aivohalvauksen akuuttihoitoon on todettu vaativan hyvin organisoitua ja koulutettua moniammatillista tiimiä. Potilaan kotiutuminen voi olla monimutkainen prosessi, jossa on mukana useita osapuolia. Hoitoketju voi auttaa standardoimaan hoitoa sekä parantamaan hoidon laatua ja kotiutumisen suunnittelua. Aivohalvauspotilaan hoitoketjut eivät kuitenkaan välttämättä johda parempiin tuloksiin. Näyttö hoitoketjujen hyödyistä on vahvempaa akuuttihoitossa kuin kuntoutuksessa. (Kwan 2007.) Aivohalvauspotilaiden hoidon integraation on havaittu toteutuvan akuuttivaiheessa hyvin, mutta akuuttivaiheen jälkeen selvästi heikommin (Baeza ym. 2012).

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin alueella hoitoketjujen laatimisesta ja kehittämisestä vastaa sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö. Hoitoketjun laadinta pyritään tekemään moniammatillisessa työryhmässä, jossa on edustettuna erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, asiakas ja/tai omaiset sekä muita tarpeelliseksi katsottuja tahoja. Hoitoketjukuvauksessa määritellään asiakkaan hoitoprosessin vaiheiden mukaisesti tutkimukset, hoito, hoidonohjaus ja tiedonkulku. Hoitoketjukuvauksessa pyritään tuomaan yhteen lääketieteellinen prosessi sekä asiakkaan selviytymistä edistävä toiminta. Hoitoketjukuvaukseen liittyy asiakkuuspolkuja kuvaava matriisi, joka on työväline erilaisten asiakkuuksien tunnistamiseen. Asiakkuuspolut eivät muuta lääketieteellistä hoitoa, mutta ne auttavat suunnittelemaan hoidon järjestelyjä, kuten ohjausta asiakkaan tarpeita vastaavaksi. (Holmberg-Marttila ym. 2015.)

Tässä tutkimuksessa tarkasteltava Pirkanmaan sairaanhoitopiirin AVH-potilaan hoitoketju on valmistunut helmikuussa 2016. Hoitoketjun tavoitteena on edistää hoitoon hakeutumista ja parantaa alkuvaiheen hoitoa sekä turvata jatkokuntoutusta sairastuneille. Hoitoketjun avulla pyritään parantamaan hoidon sujuvuutta, potilasohjausta sekä tukemaan potilaan ja hänen perheensä arjessa selviytymistä. Hoitoketjussa kuvataan erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon, työterveyshuollon sekä kolmannen sektorin työnjako ja yhteistyö AVH-potilaan hoidossa ja kuntoutuksessa. Hoitoketjussa korostuu hoidon ja myös hoidonohjauksen moniammatillisuus. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2016.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ohjauksen toteutumista hoitoketjun erikoissairaanhoidon- ja perusterveydenhuollon kokonaisuudessa.

### **2.3 Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ohjaus**

Ohjaus on määritelty hoitotieteessä ammatilliseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen avulla ohjattava voi saada tietoa ja tukea sekä oppia uusia taitoja. Ohjauksella voidaan tukea potilaan voimaantumista, päätöksentekoa ja osallistumista hoitoon. Ohjaus on myös keino terveyden edistämiseen. Ohjaus tapahtuu ohjattavan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutuksessa. Keskeiseksi elementiksi ohjauksessa on nähty yhteistyö ohjaajan ja ohjattavan välillä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, Yoon ym. 2006.) Parhaimmillaan ohjattava ja ohjaaja toimivat tasavertaisessa suhteessa, jossa korostuvat ymmärrys ja tuen antaminen. Ohjauksen vastavuoroisuuden on katsottu erottavan sen tiedon antamisesta tai neuvonnasta. Ohjaajan toiminnassa tärkeäksi on nostettu ohjattavan yksilöllisyyden kunnioittaminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005.) Ohjauksen lähtökohtana tulisi olla ohjattavan ja hänen perheensä yksilölliset tarpeet sekä tavoitteet (Yoon ym. 2006).

AVH-sairastuneen ohjauksesta löytyy paljon aikaisempaa hoitotieteellistä tutkimusta. Tutkimusten mukaan ohjauksen avulla pyritään tukemaan AVH-sairastuneen omatoimisuutta ja arjessa selviytymistä. Ohjauksella voidaan auttaa sairastunutta sairastumiseen liittyvien tunteiden käsittelyssä ja sopeutumisessa uuteen elämäntilanteeseen. (Kaila 2009, Oikarinen ym. 2014.) Ohjauksen avulla voidaan lisätä tietoa sairaudesta (Green ym. 2007, Hoffmann ym. 2007, Oikarinen ym. 2014). Riittävällä tiedon antamisella voidaan vähentää sairastuneen ja hänen läheisten kokemaa epävarmuutta (Kaila 2009). Ohjausta antamalla sairauden riskitekijöistä voidaan tukea sairastunutta elämäntapamuutokseen (Oikarinen ym. 2014). AVH-sairastuneet ovat tuoneet esiin ohjauksen olleen keskeinen asia joka mahdollisti heille aktiivisen roolin ottamisen hoitoon osallistumisessa (Peoples ym. 2011, Sadler ym. 2014).

AVH-sairastuneiden ohjauksen tarve on yksilöllistä (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Kaila 2014, Sadler ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014). Se on sidoksissa sairauden oireisiin sekä elämäntilanteeseen (Oikarinen ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014). Ohjauksen tarve on myös erilaista hoitoprosessin eri vaiheissa (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Sadler 2014). Ohjauksen tulisiakin lähteä sairastuneen yksilöllisistä tarpeista (Hafsteinsdottir ym. 2011, Peoples ym. 2011, Oikarinen ym. 2014). Sairastuneella tulisi olla mahdollisuus osallistua aktiivisesti oman hoitonsa suunnitteluun (Oikarinen ym. 2014). AVH-sairastuneelle tietoa antaa moniammatillisen tiimin eri työntekijät ja tämä vaatii ohjauksen koordinoitua (Wachterns-Kaufmann ym. 2005, Oikarinen ym. 2014).

Sairastumisen aivoverenkiertohäiriöön on todettu voivan vaikuttaa merkittävästi potilaan perheen toimintaan (Daniel ym. 2009, Loupis & Faux 2013). Ohjausta olisi tärkeä antaa myös sairastuneen läheisille (Loupis & Faux 2013, Oikarinen ym. 2014). Perheen ja ystävien tuki voi olla merkittävä sairastuneen selviytymistä edistävä tekijä (Sadler ym. 2014). Ottamalla perheenjäsenet mukaan hoitoon voidaan tukea AVH-sairastuneen kuntoutumista. Perheenjäsenet eivät kuitenkaan välttämättä tiedä miten voivat osallistua hoitoon ja saattavat tarvita tässä hoitohenkilökunnan ohjausta. (Kaila 2009.)

Useissa aikaisemmissa hoitotieteellisissä tutkimuksissa on tarkasteltu AVH-sairastuneiden ohjauksellisia tarpeita. Tutkimusten mukaan sairastuneet toivovat ohjausta aivohalvauksesta sairautena ja tietoa sairauden ennusteesta (Wachterns-Kaufmann ym. 2005, Kaila 2009, Hafsteinsdottir ym. 2011, Yonaty & Kitchie 2012, Oikarinen ym. 2014). Ohjausta toivotaan annettavan myös sairauden oireista, hoidosta ja riskitekijöistä (Hafsteinsdottir ym. 2011, Yonaty & Kitchie 2012, Oikarinen ym. 2014). Sairastuneet tarvitsevat myös tietoa itsehoidosta sekä

mahdollisista komplikaatioista, joita voi ilmetä sairastumisen jälkeen (Oikarinen ym. 2014). Ohjauksessa tulisi myös keskustella sairauden mahdollisista vaikutuksista elämään ja sosiaalisiin suhteisiin (Kaila 2009, Oikarinen 2014). Ohjauksella tulee varmistaa, että sairastunut ja hänen läheisensä kokevat selviytyvänsä kotiutumisen jälkeen. Läheiset toivovatkin saavansa ennen kotiutusta ohjausta mahdollisista ongelmista, joita voi ilmetä kotona ja tietoa minne voivat tarvittaessa ottaa yhteyttä. Sairastuneelle ja läheisille on tärkeä varmistua, että hoidon jatkuvuus on turvattu kotiutumisen jälkeen. (Oikarinen ym. 2014.) AVH-sairastuneen läheiset ovat toivoneet myös saavansa tietoa sairastuneen fyysisestä hoitamisesta, harjoitteista, mahdollisesta masennuksesta sekä ravitsemuksesta (Hafsteinsdottir ym. 2011).

Sairastuneet ovat kokeneet lääkehoidon ohjauksen heille tärkeäksi (Wachterns-Kaufmann ym. 2005, Yonaty & Kitchie 2012, Oikarinen ym. 2014). Westin ym. (2012) tutkimuksesta kuitenkin ilmeni, että vaikka suuri osa AVH-sairastuneista oli tyytyväisiä saamaansa lääkehoidon ohjaukseen, kaikki eivät tienneet miten lääkkeitä tulee ottaa tai miksi he lääkkeitä käyttivät. Erityisesti iäkkäät kokivat useimmin, etteivät olleet saaneet lääkehoidon ohjausta kotiutuessaan.

Sadler ym. (2014) tutkivat nuorten 24-62-vuotiaiden AVH-sairastuneiden kokemuksia hoidostaan. Tutkittavat kokivat akuuttihoitossa tärkeäksi tiedon osaston rutiineista, tutkimustuloksista ja kotiutussuunnitelmasta. Moni tutkittavista koki saaneensa riittämättömästi tietoa sairauden uusiutumisriskistä ja toipumisen ennusteesta. Nuoret AVH-sairastuneet ovat toivoneet ohjausta myös liikunnasta ja seksuaalisuudesta (Hafsteinsdottir ym. 2011). Nuoret ovat toivoneet tietoa myös sairastumisesta nuorena henkilönä (Tholin & Forsberg 2014).

AVH-potilaan hoitoprosessin alkuvaiheen ohjauksessa on todettu korostuvan tiedon antaminen ja opettaminen. Kuntoutusvaiheen ohjauksessa keskeistä puolestaan on voimavarojen tukeminen ja kannustus. Hoitosuhteen luottamuksellisuus sekä sairastuneen ja omaisten tarpeiden huomiointi ovat tässä vaiheessa tärkeitä. (Kaila 2009.) Sairastuneet toivovat henkilökunnalta kunnioittavaa kohtelua, rohkaisua, kuuntelua sekä psyko-sosiaalista tukea (Peoples ym. 2011). Kuntoutusvaiheessa ohjausta toivotaan annettavan erityisesti sairauden riskitekijöistä ja kuntoutuksen edistymisestä. Sairastuneet ja heidän läheiset toivovat saavansa myös tietoa aivohalvauksen sosiaalisista sekä psyykkisistä vaikutuksista. (Hafsteinsdottir ym. 2011.) Kuntoutusvaiheessa sairastuneet ja omaiset kaipaavat tietoa saatavilla olevista palveluista ja sosiaalietuuksista (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014). Vertaistuki nousee useassa tutkimuksessa myös esille tärkeänä selviytymistä tukevana tekijänä (Wachterns-Kaufmann ym. 2005, Peoples ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014).

AVH-sairastuneet toivovat saavansa ohjausta suullisesti ja kirjallisesti. (Hafsteinsdottir ym. 2011, Wachterns-Kaufmann ym. 2005). Oikarisen ym. (2014) kirjallisuuskatsauksen mukaan ohjausta annetaan useimmiten juuri suullisesti ja kirjallisesti. Sairastuneet toivovat myös muita menetelmiä käytettävän ja ohjausta olisikin hyvä antaa eri menetelmillä.

Eri tutkimuksissa on tullut esille AVH-sairastuneiden olleen pääsääntöisesti tyytyväisiä akuuttivaiheen hoidossa saamaansa ohjaukseen (Almborg ym. 2008, Virtanen ym. 2010, Sadler ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014 ). AVH-sairastuneilla ja heidän läheisillään on kuitenkin havaittu olevan paljon myös ohjauksellisista tarpeita, jotka jäävät hoidossa huomioimatta (Hafsteinsdottir ym, 2011, Loupis & Faux 2013). Sairastuneet ovat tuoneet esiin negatiivisia kokemuksia ohjauksen jatkuvuudesta (Tholin & Forsberg 2014). Oikarisen (2016) tutkimuksessa AVH-potilaat arvioivat saamansa ohjauksen laadun hyväksi muilla alueilla paitsi ohjauksen potilaslähtöisyydessä. Almborg ym. (2008) ovat tutkineet aivohalvauspotilaiden kokemuksia mukana olosta kotiutuksen suunnittelussa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että vain osa tutkimukseen osallistuneista aivohalvauspotilaista koki saaneensa olla mukana hoitonsa ja kotiutumisen suunnittelussa. Almborg ym. (2009) ovat myös tutkineet aivohalvauspotilaiden läheisten kokemuksia mukana olosta kotiutuksen suunnittelussa. Läheisistä suuri osa oli tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen ja mahdollisuuteen olla mukana hoidon suunnittelussa. Sadlerin ym. (2014) tutkimukseen osallistuneista nuorista AVH-sairastuneista moni koki sairaalasta kotiutumisen jälkeen riittämättömäksi saamansa ohjauksen ja psyko-sosiaalisen tuen.

AVH-sairastuneiden ohjausinterventioista ja niiden vaikuttavuudesta löytyy useita aikaisempia hoitotieteellisiä tutkimuksia. Oikarinen (2016) tutki elintapaohjausintervention vaikutuksia ohjauksen laatuun ja sairastuneen elintapojen muutokseen. Interventiolla oli vaikutusta elintapoihin ja ohjauksen laatuun lyhyellä aikavälillä. Ohjauksen vuorovaikutus, riittävät resurssit ja koetut vaikutukset olivat yhteydessä elintapamuutoksiin. Adie & James (2010) ovat tutkineet puhelinohjausintervention vaikutuksia AVH-sairastuneiden verenpaineen hoitoon. Interventiolla ei todettu olevan vaikutuksia. Eames ym. (2013) tutkivat intervention vaikutuksia, jossa AVH-sairastuneet ja heidän läheiset saivat yksilöllisen ohjauspaketin, suullista ohjausta ja heille soitettiin kolmesti kotiutumisen jälkeen. Interventoryhmässä usko omiin kykyihin parani ja he olivat tyytyväisempiä saamansa ohjaukseen. Hoffman ym. (2007) ovat tutkineet yksilöllisesti annetun ohjausintervention vaikutuksia. Interventoryhmä oli tyytyväisempi ohjauksen sisältöön ja sen esittämistapaan. Interventoryhmässä myös koettu pelko väheni. Green ym. (2007) tutkivat motivaatiohaastatteluintervention vaikutuksia. Interventio paransi sairastuneiden sairauteen liittyvää tietämystä, mutta riskitekijöihin ohjauksella ei ollut vaikutusta.

Kääriäinen (2007) on kehittänyt väitöskirjassaan hypoteettisen mallin laadukkaasta potilasohjauksesta. Tämän mallin mukaan potilasohjauksen laatu koostuu eri osa-alueista, joita ovat ohjauksen resurssit, ohjauksen toteutus, ohjauksen riittävyys ja ohjauksen vaikutukset. Laadukkaalla ohjauksella tulee olla riittävät resurssit. Tämä pitää sisällään myös henkilökunnan ohjausvalmiudet. Ohjaus tulee toteuttaa yksilöllisesti ja sen tulee tapahtua vuorovaikutuksessa ohjattavan kanssa. Ohjauksen tulee toteutua riittävästi ja olla myös vaikuttavaa. Ohjattavalle tulee lisäksi mahdollistaa osallistuminen ohjauksen kehittämiseen.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan potilasohjauksen laadun osa-alueista ohjauksen riittävyyttä, kokonaislaatua, ohjauksen vaikutuksia ja ohjauksen kehittämistä. Ohjaus määritellään tapahtuvaksi sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten, sairastuneen ja hänen läheistensä välillä.

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata aivoinfarktiin sairastuneiden hoitoketjussa saamaa ohjausta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tavoitteena on tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta, jota voidaan hyödyntää AVH-potilaan hoitoketjun arvioinnissa ja kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten riittävää ohjaus on AVH-potilaan hoitoketjussa aivoinfarktiin sairastuneiden arvioimana?
2. Mitkä taustatekijät ovat yhteydessä koettuun ohjauksen riittävyyteen?
3. Millaisia hyötyjä aivoinfarktiin sairastuneet arvioivat annetusta ohjauksesta olleen?
4. Miten AVH-potilaiden ohjausta voisi kehittää?

## **4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat**

Tutkimus toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena ja aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimuksessa käytettiin määrällistä ja laadullista menetelmää. Pääpaino oli määrällisessä menetelmässä. Kysely sisälsi yhden avoimen kysymyksen, joka analysoitiin laadullisella menetelmällä. Tutkimuksessa käytettiin Kääriäisen (2007) kehittämää Potilasohjauksen laatu-mittaria. Tutkimuksessa tavoiteltiin kuvailevaa tietoa ohjauksen toteutumisesta hoitoketjussa ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä. Kvantitatiivinen menetelmä mahdollisti laajemman tutkimusjoukon ja muuttujien välisten suhteiden tarkastelun. Menetelmä soveltuu myös potilaiden kokemusten mittaamiseen saamastaan hoidosta. (Parahoo 2014.)

### **4.2 Tutkimukseen osallistujat ja aineistonkeruu**

Tutkimuksen kohderyhmänä oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin aivoinfarktipotilaat, jotka olivat olleet hoidossa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Potilaat poimittiin sairaanhoitopiirin potilasrekisteristä. Tutkimuksen valintakriteerit olivat: vastaaja oli ollut hoidettavana Tampereen yliopistollisen sairaalan akuutin neurologian osastolla aivoinfarkti diagnoosilla (I63xx), aivoinfarktin toteamisesta oli kulunut 2-6 kuukautta aikaa, asui sairaanhoitopiirin alueella ja oli elossa tutkimushetkellä. Tutkimukseen haluttiin osallistujia, joilla olisi annettu ohjaus vielä muistissa ja kokemusta ohjauksesta erikoissairaanhoidosta sekä perusterveydenhuollosta. Tutkimus toteutettiin pro gradu -tutkielmana eikä aineiston kerääminen pitkällä aikavälillä ollut mahdollista. Tämän vuoksi päädyttiin poikkileikkaustutkimukseen ja otokseen valittiin kaikki tutkimushetkellä kohdejoukkoon kuuluvat. Potilaiden poiminta tutkimukseen tapahtui yhtenä päivänä maaliskuussa 2017. Kriteereillä löytyi 225 potilasta, joista yksi hylättiin epäselvän osoitetiedon takia.

Tutkimusaineisto kerättiin postitettavalla strukturoidulla kyselylomakkeella. Lisäksi tarjottiin mahdollisuus täyttää kysely sähköisenä internetissä. Tutkimusaineisto kerättiin käyttäen Kääriäisen (2007) kehittämän Potilasohjauksen laatu -mittarin osioita ohjauksen riittävyys, ohjauksen vaikutukset, ohjauksen kokonaislaatu ja ohjauksen kehittäminen. Ohjauksen riittävyyttä mitattiin yhteensä 25 väittämällä ja ohjauksen vaikutuksia 16 väittämällä. Väittämiä mitattiin 5-portaisella



Likert-asteikolla (1 = täysin eri mieltä 2 = osittain eri mieltä 3 = en osaa sanoa 4 = osittain samaa mieltä 5 = täysin samaa mieltä). Ohjauksen kokonaislaatua mitattiin yhdellä kysymyksellä, jossa vastaajat arvioivat ohjauksen toteutumista asteikolla 1-5 (1 = huonoa - 5 = hyvää). Kyselyn avoimessa kysymyksessä kysyttiin miten ohjausta voisi vastaajan mielestä kehittää. Potilasohjauksen laatu - mittarin validiteetti ja reliabiliteetti on todettu hyväksi (Kääriäinen 2007). Mittari on osoittautunut sisäisesti johdonmukaiseksi ja Cronbachin alfa-arvot ovat vaihdelleet eri tutkimuksissa välillä 0,69 - 0,96 (Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013, Oikarinen 2016). Oikarinen (2016) on käyttänyt mittaria väitöskirjassaan AVH-potilaisiin kohdistuvassa tutkimuksessa ja sitä on muokattu potilasryhmän tarpeisiin soveltuvaksi.

Taustatietoina kyselyssä kysyttiin sukupuoli, syntymävuosi, kotikunta, työssäolo, asuminen sekä hoitoon liittyvinä tietoina jatkohoitopaikka, jatkohoidon kesto, mahdolliset palvelut kotiutumisen jälkeen sekä oliko AVH-yhdyshenkilö ollut yhteydessä vastaajaan. Tutkittaville tarjottiin saatekirjeessä (Liite 1) mahdollisuus täyttää kysely yhdessä läheisen kanssa, koska arvioitiin osalla sairastuneista voivan olla vaikeuksia terveydentilansa vuoksi täyttää kyselyä itse. Taustatietoina kysyttiin täyttikö sairastunut itse kyselyn vai täyttikö sen läheinen.

Kyselylomake testattiin taustakysymysten ja ohjeiden osalta kahdella (n=2) vapaaehtoisella aivoverenkiertohäiriön sairastaneella henkilöllä, jotka rekrytoitiin AVH-yhdistyksen kautta. Testauksessa pyrittiin selvittämään erityisesti ohjeiden selkeyttä ja yksiselitteisyyttä. Testauksen perusteella yhteen taustakysymykseen tehtiin tarkennusta. (Heikkilä 2014.)

Kyselyt (n=224) postitettiin maaliskuussa 2017. Kyselyn mukana postitettiin saatekirje ja palautuskuori. Sähköisen kyselyn internetosoite kerrottiin saatekirjeessä. Aineistonkeruu kesti kolme viikkoa. Kyselyt palautettiin palautuskuoreissa tai sähköisesti ja niitä palautui yhteensä 87 kappaletta. Palautusprosentti oli 39. Kyselylomakkeista jouduttiin kuitenkin hylkäämään 14 puutteellisten tietojen vuoksi. Tutkittavat palauttivat kyselyt nimettöminä, joten vastaamatta jättäneiden joukkoa ei pystytty jäljittämään (Heikkilä 2014).

Tutkimusaineistoon hyväksyttiin osio-kohtaisesti vastaajat, jotka olivat täyttäneet väittämistä vähintään 80 prosenttia. Vastaajista osa (n=8) ei ollut täyttänyt lainkaan mittarin osiota potilasohjauksen vaikutukset. Tutkimusaineistoon hyväksyttiin avoimen kysymyksen vastauksen perusteella yksi (n=1) vastaaja, joka oli täyttänyt mittarista vain kokonaisarvio ja vastannut avoimeen kysymykseen. Mittarin osiossa potilasohjauksen riittävyys yhdessä väittämässä oli nähtävissä systemaattinen kato (42%). Väittämässä kysyttiin ohjausta työstä poissaolon pituudesta. Vastaajista suuri osa oli eläkeläisiä. Väittämä pudotettiin pois aineistosta systemaattisen kadon vuoksi. (Munro

2005, Nummenmaa 2009.) Lopullisessa aineistossa puuttuvia tietoja oli ohjauksen riittävyys-osioissa 1,4 prosenttia ja ohjauksen vaikutuksia mittaavassa osiossa 1,5 prosenttia. Mittarin väittämissä olleet puuttuvat tiedot korvattiin summamuuttujakohtaisesti vastaajan omien vastausten keskiarvolla. Ratkaisuun päädyttiin tilastotieteilijän avustuksella. Aikaisemminkin mittaria käyttäneet ovat korvanneet puuttuvia tietoja kaikkien vastaajien keskiarvoilla (Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013).

### 4.3 Aineiston analyysi

Määrällinen aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS Statistics 23 -ohjelmaa käyttäen. Tutkimusaineiston kuvailussa käytettiin lukumääriä, prosenttilukuja sekä sijainti- ja hajontalukuja (Nummenmaa 2009). Taustamuuttujia luokiteltiin uusiin luokkiin ja syntymävuodesta muodostettiin 3-luokkainen ikä-muuttuja.

Ohjauksen riittävyyden osa-alueista ja ohjauksen vaikutuksista muodostettiin summamuuttujia. Ennen summamuuttujien muodostamista en osaa sanoa -vaihtoehto koodattiin nollaksi ja mittari muutettiin asteikolle 1-4 (1 = täysin eri mieltä - 4 = täysin samaa mieltä). En osaa sanoa -vastaukset saatiin näin jätettyä pois keskiarvoista. Vastaajien määrään aiheutui osio-kohtaista vaihtelua, johtuen en osaa sanoa -vastausten poistamisesta. Summamuuttujien sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-arvon avulla. Raja-arvona summamuuttujan muodostamiselle pidettiin arvoa yli 0,7. (Heikkilä 2014.) Summamuuttujien väittämien lukumäärät ja Cronbachin alfa-kertoimet on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Summamuuttujien väittämien lukumäärät ja Cronbachin alfa-kertoimet

Summamuuttuja	Väittämien lukumäärä	Cronbachin alfa
Ohjauksen kokonaisriittävyys	24	0,925
Ohjaus sairaudesta ja sen hoidosta	11	0,851
Ohjaus sairauden merkityksestä arkeen	5	0,800
Ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen	8	0,838
Ohjauksen vaikutukset	16	0,953

Summamuuttujat todettiin jakaumiltaan vinoiksi. Näin tilastollisiksi testeiksi taustatekijöiden yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltaessa tuli kaksiluokkaisten muuttujien kohdalla Mann-Whitney U-testi ja yli kolmeluokkaisten muuttujien kohdalla Kruskal-Wallis -testi. Merkitsevyystasona tilastollisissa testeissä pidettiin arvoa alle 0,05. (Munro 2005, Heikkilä 2014.) Ohjauksen toteutumista arvioitiin asteikolla 1-2,49 = huono - 2,50-4 = hyvä (Kääriäinen 2007). Ohjauksen kokonaisarvion yhteyttä taustamuuttujiin tarkastellaan ristiintaulukoinnilla khiin neliö - testillä (Heikkilä 2014). Ohjauksen kokonaisarviointi muutettiin ennen tarkastelua kaksiluokkaiseksi eli ohjaus oli huonoa-tydyttävää tai hyvää-kiitettävää.

Kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin menetelmällä, joka soveltuu kirjoitetun tekstin analysointiin. Tarkoituksena oli muodostaa tiivistetty kuvaus ohjauksen kehittämiskohteista. Analyysissä käytettiin induktiivista lähestymistapaa. Aluksi avoimen kysymyksen vastaukset kirjoitettiin auki ja tutustuttiin aineistoon lukemalla sitä useaan kertaan läpi. (Elo & Kyngäs 2008.) Aineistosta etsittiin merkityksellisiä ilmaisuja, jotka kuvasivat tutkittavaa ilmiötä. Merkitykselliset ilmaisut pelkistettiin hukkaamatta niiden keskeistä sisältöä. Pelkistettyjä ilmaisuja löytyi 57 kappaletta. Sisällöltään yhtenevät ilmaisut luokiteltiin alaluokkiin ja lopuksi niistä muodostettiin yläluokkia. Tutkimuskysymys ohjasi koko ajan analyysin tekoa. (Kylmä & Juvakka 2007.)

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Taustatiedot

Tutkimusaineisto koostui 73 vastaajan tiedoista (Taulukko 2). Vastaajista suurin osa (64 %) oli miehiä. He olivat iältään 43-93-vuotiaita (ka=72,2, SD=10,6). Vastaajia oli 21 eri Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunnasta. Reilu kolmannes (35 %) heistä oli tamperelaisia. Vastaajista suuri osa oli eläkeläisiä (86 %) ja vähemmistö työssäkäyviä (7 %) tai muita (7 %). Vastausvaihtoehdon muu valinneet ilmoittivat olevansa tällä hetkellä poissa työelämästä, sairauslomalla tai työttömänä. Vastaajista noin puolet (49 %) oli kotiutunut suoraan yliopistollisen sairaalan akuutin neurologian osastolta, noin neljännes (26 %) siirtynyt jatkohoitoon kuntoutusosastoille, osa (22 %) terveyskeskussairaalan vuodeosastolle ja harva (3 %) muuhun jatkohoitopaikkaan. Jatkohoitopaikkaan siirtyneistä (n=37) noin neljännes (24 %) ilmoitti hoitojakson jatkohoidossa kestäneen alle viikon, suurin osa (43 %) yli yhdestä neljään viikkoa ja kolmasosa (32 %) yli kuukauden.

Vastaajista suurin osa (60 %) asui puolison tai vakituisen elämänkumppanin kanssa ja kolmasosa (33 %) asui yksin. Harva vastaaja (3 %) ilmoitti asuvansa puolison ja alaikäisten lasten kanssa tai asuvansa palvelutalossa tai ryhmäkodissa (4 %). Kotiutumisensa jälkeen vastaajista alle puolet (46 %) oli saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluista fysioterapiaa, toimintaterapiaa, puheterapiaa tai neuropsykologiasta kuntoutusta. Yli puolet (54 %) vastaajista ei ollut saanut näitä palveluita kotiutumisensa jälkeen. Saadut palvelut on kuvattu taulukossa 3.

Vastaajista noin neljännes (27 %) ilmoitti AVH-yhdyshenkilön olleen heihin yhteydessä ja alle puolet (46 %) ei. Vastaajista yli neljännes (27 %) ei tiennyt mikä AVH-yhdyshenkilö on. Vastaajista he (n=19), jotka ilmoittivat AVH-yhdyshenkilön olleen heihin yhteydessä asuivat seitsemässä eri kunnassa. Kyselylomakkeista suuren osan (81 %) oli täyttänyt sairastunut itse, mutta joka viides (19 %) oli läheisen täyttämää.

Taulukko 2. Tutkimukseen osallistujien taustatiedot (N=73)

<b>Taustamuuttuja</b>		
	n	%
<b>Sukupuoli</b>		
Mies	47	64
Nainen	26	36
<b>Ikä (n=71)</b>		
43-65 vuotta	15	21
66-75 vuotta	30	42
yli 76 vuotta	26	37
<b>Kotikunta (n=72)</b>		
Tampere	25	35
muu Pirkanmaan sairaanhoitopiirin jäsenkunta	47	65
<b>Työssäkäynti</b>		
Eläkeläinen	63	86
Työssäkäyvä	5	7
Muu	5	7
<b>Jatkohoitopaikka (n=72)</b>		
Koti	35	49
Terveyskeskussairaalan vuodeosasto	16	22
Kuntoutusosasto	19	26
Muu	2	3
<b>Jatkohoidon kesto (n=37)</b>		
Alle viikon	9	24
Yli 1-4 viikkoa	16	43
Yli kuukauden	12	32
<b>Asuminen (n=72)</b>		
Asuu yksin	24	33
Asuu yhdessä puolison tai elämänkumppanin kanssa	43	60
Asuu yhdessä puolison ja alaikäisten lasten kanssa	2	3
Asuu palvelutalossa tai ryhmäkodissa	3	4
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen (n=71)</b>		
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	33	46
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	38	54
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto (n=71)</b>		
Kyllä	19	27
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	52	73
<b>Kyselyn täytti (n=70)</b>		
Sairastunut itse	57	81
Läheinen	13	19

Taulukko 3. Palvelut kotiutumisen jälkeen (n=33)

Palvelu	vastauksia	% kaikista vastaajista
Kotihoito	12	16
Fysioterapia	19	26
Toimintaterapia	9	12
Puheterapia	9	12
Neuropsykologinen kuntoutus	2	3
Vastauksia yhteensä	51	

## 5.2 Ohjauksen riittävyys ja vaikutukset

Vastaajista (n=72) suuri osa (75 %) sai riittävästi *ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta*. Riittämätöntä ohjaus oli neljäsosalle (25 %) vastaajista. Ohjaus toteutui keskimäärin hyvin (md= 3,22, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,40-3,61). Keskiarvotarkastelun perusteella riittävintä ohjaus oli liikunnasta, lääkehoidon toteuttamisesta ja tutkimuksista. Riittämätöntä ohjaus oli hoitovaihtoehtoja. (Taulukko 4.) Vastaajat, joihin AVH-yhdyshenkilö oli ollut yhteydessä kokivat ohjauksen sairaudesta ja sen hoidosta riittävämmäksi (md=3,45, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=3,24-3,83, n=18) kuin henkilöt joihin yhdyshenkilö ei ollut yhteydessä tai jotka eivät tieneet mikä AVH-yhdyshenkilö on (md=3,08, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,04-3,43, n=52). Yhteys oli tilastollisesti merkitsevä (U=231,5, p=0,001). Taustatekijöistä kyselyn täyttäjä oli myös yhteydessä koettuun ohjauksen riittävyyteen sairaudesta ja sen hoidosta (U=169,0, p=0,003). Vastaajista he, jotka täyttivät kyselyn itse arvioivat ohjauksen toteutuneen riittävämmän (md=3,35, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,63-3,78, n=56) kuin jos läheinen oli täyttänyt kyselyn (md=2,36, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,52-3,19, n=13). Muilla taustatekijöillä ei ollut yhteyttä ohjauksen riittävyyteen osa-alueella ohjaus sairaudesta ja sen hoidosta. (Liite 2.)

Taulukko 4. Ohjauksen riittävyys sairaudesta ja sen hoidosta

Muuttuja	Ohjaus riittävää	Ohjaus riittämätöntä
	Ka (kh)	Ka (kh)
Ohjaus liikunnasta	3,23 (1,07)	
Ohjaus lääkehoidon toteuttamisesta	3,14 (1,09)	
Ohjaus tutkimuksista	3,11 (1,08)	
Ohjaus sairauden riskitekijöistä	3,10 (1,17)	
Ohjaus sairauden oireista	3,06 (1,00)	
Ohjaus tutkimustulosten merkityksistä	2,94 (1,04)	
Ohjaus ruokavaliosta	2,93 (1,14)	
Ohjaus sairauden vaatimista rajoituksista	2,69 (1,05)	
Ohjaus hoitoihin valmistautumisesta	2,59 (1,22)	
Ohjaus sairauden ennusteesta	2,57 (1,29)	
Ohjaus hoitovaihtoehtoista		2,48 (1,15)
Arviointiasteikko 1-4: 1,00-2,49=riittämätön, 2,50-4,00=riittävä		

*Ohjaus sairauden merkityksestä arkeen* oli vastaajista (n=71) yli puolelle (59 %) riittävää ja osalle riittämätöntä (41 %). Keskimääräisesti ohjaus tällä osa-alueella oli riittävää (md=3,00, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,80-3,33). Riittävintä oli ohjaus omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon. Ohjaus oli riittämätöntä sairauden vaikutuksista perheeseen ja lähiomaisiin sekä stressin hallinnasta. (Taulukko 5.) Taustatekijöistä AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto oli yhteydessä ohjauksen riittävyyteen sairauden merkityksestä arkeen (U=272,0, p=0,010). Henkilöt, joihin AVH-yhdyshenkilö oli ollut yhteydessä arvioivat ohjauksen toteutuneen riittävämmän (md=3,00, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,94-3,81, n=18) kuin he joihin yhdyshenkilö ei ollut yhteydessä tai jotka eivät tulleet mikään AVH-yhdyshenkilö on (md=2,33, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,50-3,20, n=51). Ohjauksen riittävyys oli myös yhteydessä kyselyn täyttäjään (U=167,0, p=0,003). Kyselyn itse täyttäneet arvioivat ohjauksen riittävämmäksi (md=3,00, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,00-3,50, n=55) kuin jos kyselyn oli täyttänyt läheinen (md=2,00, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,00-2,88, n=13). Muut taustatekijät eivät olleet yhteydessä ohjauksen riittävyyteen tällä osa-alueella. (Liite 3.)

Taulukko 5. Ohjauksen riittävyys sairauden merkityksestä arkeen

Muuttuja	Ohjaus riittävää	Ohjaus riittämätöntä
	Ka (kh)	Ka (kh)
Ohjaus omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon	2,91 (1,04)	
Ohjaus sairauden vaikutuksesta arkeen	2,71 (1,12)	
Ohjaus henkisestä hyvinvoinnista	2,65 (1,09)	
Ohjaus stressin hallinnasta		2,46 (1,13)
Ohjaus sairauden vaikutuksista perheeseen ja lähiomaisiin		2,41 (1,12)
Arviointiasteikko 1-4: 1,00-2,49=riittämätön, 2,50-4,00=riittävä		

*Ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen* toteutui vastaajista (n=69) suurimman osan (61 %) mielestä riittävästi. Osalle (39 %) ohjaus oli riittämätöntä. Ohjaus toteutui tällä osa-alueella keskimäärin riittävästi (md=3,00, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,00-3,38). Ohjaus oli riittäväntä tarvittavista jatkokäynneistä ja kuntoutuspalveluista. Riittämätöntä ohjaus oli vertaistukiryhmistä, mahdollisista lisäsairauksista ja sosiaalietuuksista. (Taulukko 6.) Taustatekijät eivät olleet yhteydessä ohjauksen riittävyyteen osa-alueella ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen. (Liite 4.)

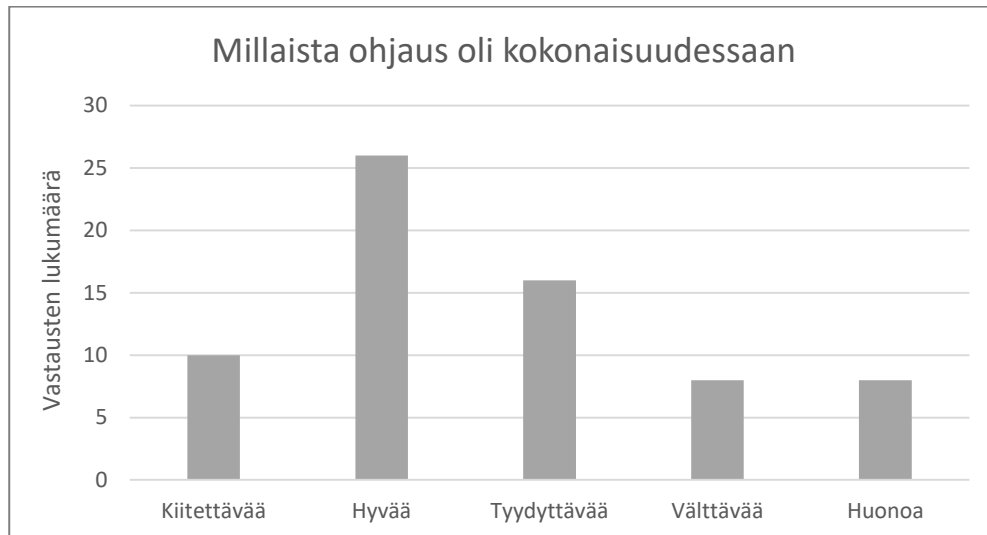
Taulukko 6. Ohjauksen riittävyys hoidon jälkeiseen toipumiseen

<b>Muuttuja</b>	<b>Ohjaus riittävää Ka (kh)</b>	<b>Ohjaus riittämätöntä Ka (kh)</b>
Ohjaus tarvittavista jatkokäynneistä	2,85 (1,18)	
Ohjaus kuntoutuspalveluista	2,79 (1,12)	
Ohjaus itsehoidosta kotona	2,76 (1,07)	
Ohjaus mihin ottaa yhteyttä jos ongelmia	2,76 (1,26)	
Ohjaus hoitoon liittyvistä ongelmista	2,55 (1,09)	
Ohjaus vertaistukiryhmistä		2,49 (1,30)
Ohjaus mahdollisista lisäsairauksista		2,39 (1,19)
Ohjaus sosiaalietuuksista		2,25 (1,26)
Arviointiasteikko 1-4: 1,00-2,49=riittämätön, 2,50-4,00=riittävä		

Vastaajista (n=72) suurimmalle osalle (68 %) ohjaus oli *kokonaisuudessaan riittävää*, mutta osalle (32 %) riittämätöntä. Keskimäärin ohjaus toteutui kokonaisuudessaan riittävästi (md=3,05, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,14-3,43). Kokonaisriittävyyteen taustatekijöistä olivat yhteydessä AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto (U=267,5, p=0,007) ja kyselyn täyttäjä (U=190,5, p=0,008). Henkilöt, joihin AVH-yhdyshenkilö oli ollut yhteydessä kokivat ohjauksen kokonaisuudessaan riittävämmäksi (md=3,24, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=3,05-3,72, n= 18) kuin henkilöt joihin AVH-yhdyshenkilö ei ollut ottanut yhteyttä tai jotka eivät tienneet mikä yhdyshenkilö on (md=2,70, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,94-3,32, n=52). Kyselyn itse täyttäneet kokivat ohjauksen riittävämmäksi (md=3,09, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=2,35-3,49, n=56) kuin jos kyselyn oli täyttänyt läheinen (md=2,21, Q<sub>1</sub>-Q<sub>3</sub>=1,48-3,05, n=13). Muilla taustatekijöillä ei ollut yhteyttä ohjauksen kokonaisriittävyyteen. (Liite 5.)



Vastaajista (n=68) hiukan yli puolet (53 %) arvioi *ohjauksen kokonaisuudessaan* olleen hoitoketjussa hyvää tai kiitettävää. Hiukan alle puolet vastaajista (47 %) arvioi ohjauksen toteutuneen välillä tyydyttävästä huonoon. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastausten jakautuminen henkilöittäin

Naisista (n=24) suuri osa (63 %) arvioi ohjauksen olleen kokonaisuudessaan hyvää tai kiitettävää ja miehistä (n=44) alle puolet (48 %). Eläkkeellä olevista (n=58) yli puolet (53 %) koki ohjauksen kokonaisuudessaan hyväksi tai kiitettäväksi ja työssä käyvien tai muiden ryhmässä (n=10) puolet (50 %). Yksin asuvista (n=21) suuri osa (62 %) arvioi ohjauksen olleen hyvää tai kiitettävää ja muiden kanssa asuvista (n= 46) lähes puolet (48 %).

Yliopistollisesta sairaalasta suoraan kotiin siirtyneistä (n=34) puolet (50 %) arvioi ohjauksen olleen vähintään hyvää, kuntoutusosastolle siirtyneistä (n=18) yli puolet (61 %), terveyskeskussairaalaan tai muualle siirtyneistä (n=15) alle puolet (47 %). Palvelut kotiutumisen jälkeen oli yhteydessä parempaan kokonaisarvioon ohjauksesta ( $\chi^2=5,274$ ,  $df=1$ ,  $p=0,022$ ). Henkilöistä (n=29), jotka olivat saaneet kotiutumisen jälkeen kotihoitoa tai kuntoutuksen palveluita suuri osa (69 %) arvioi ohjauksen vähintään hyväksi, mutta heistä (n=37) jotka eivät olleet saaneet palveluita kotiutumisen jälkeen vain alle puolet (41 %).

AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto oli myös yhteydessä parempaan kokonaisarvioon ohjauksesta ( $\chi^2=7,195$ ,  $df=1$ ,  $p=0,007$ ). Vastaajista, joihin AVH-yhdyshenkilö oli ollut yhteydessä (n=19) suurin

osa (79 %) koki ohjauksen toteutuneen vähintään hyvin, kun taas henkilöistä joihin yhdyshenkilö ei ollut yhteydessä tai jotka eivät tieneet mikä yhdyshenkilö on (n=47) vain alle puolet (43 %).

Yli puolet (58 %) kyselyn itse täyttäneistä (n=52) piti ohjausta vähintään hyvänä, kun läheinen oli täyttänyt kyselyn (n=13) ohjaus oli arvioitu vähintään hyväksi selvästi harvemmin (31 %). Taustatekijöiden yhteys kokonaisarvioon ohjauksesta on kuvattu liitteessä 6.

Vastaajista (n=62) suuri osa (79 %) arvioi saamallaan *ohjauksella olleen vaikutusta*. Noin viidennes (21 %) vastaajista arvioi, ettei ohjauksella ollut vaikutusta. Keskiarvotarkastelun perusteella ohjauksella oli vaikutusta kaikilla osa-alueilla. (Taulukko 7.) Ohjaus oli vaikuttanut eniten vastuunottoon sairauden hoidosta ja edistänyt lääkehoitoon sitoutumista. Vähiten ohjaus oli vaikuttanut mielialaan tai edistänyt omaisten tiedonsaantia. En osaa sanoa -vastauksia oli tällä osa-alueella keskimäärin 15 prosenttia.

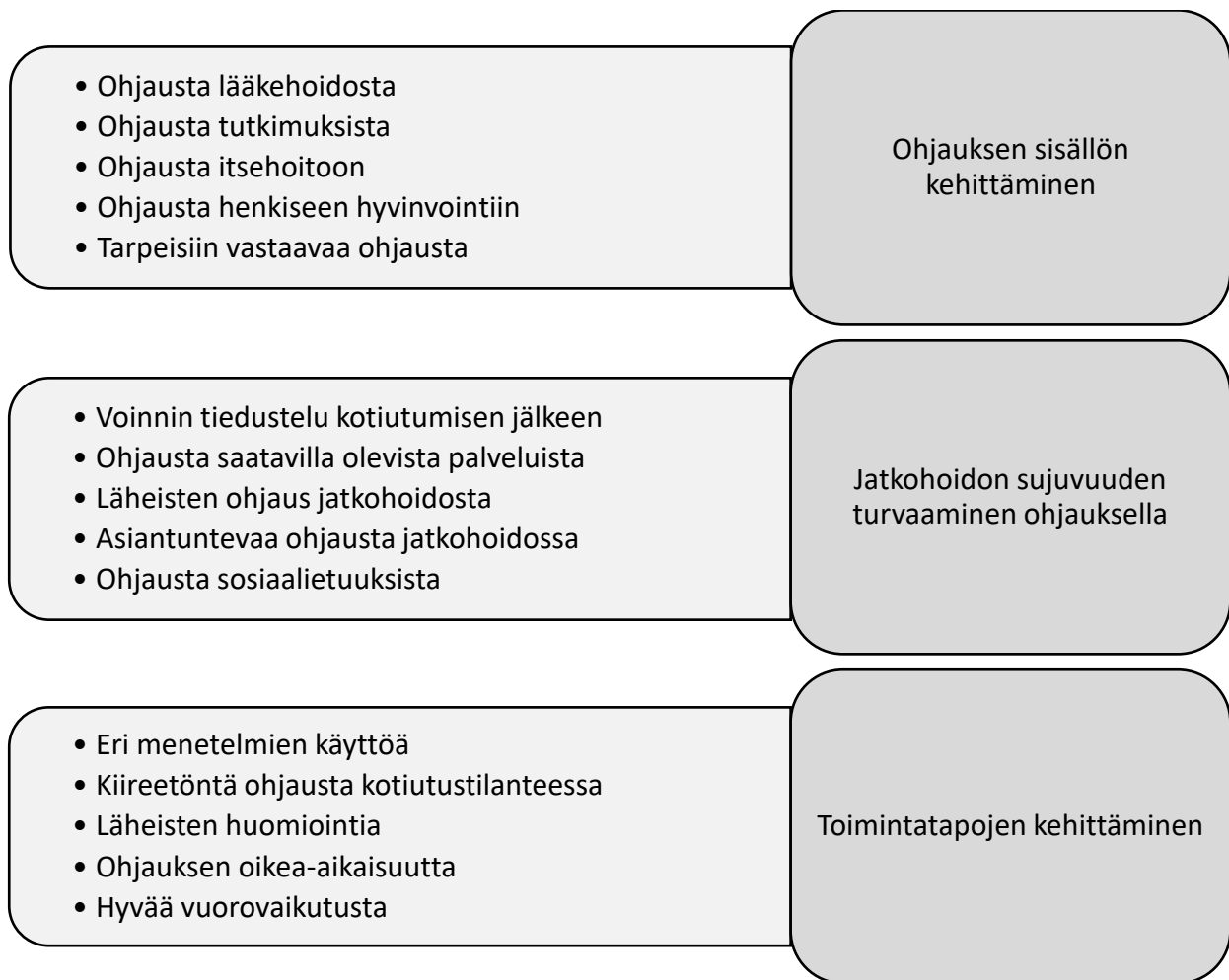
Taulukko 7. Ohjauksen vaikutukset

Muuttuja	Vaikutus
	Ka (kh)
Ohjaus edistänyt vastuunottoa sairauden hoidosta	3,20 (0,98)
Ohjaus edistänyt lääkehoitoon sitoutumista	3,20 (1,00)
Ohjaus edistänyt liikuntaan sitoutumista	3,17 (1,03)
Ohjaus edistänyt tahtoa sitoutua elintapamuutokseen	3,15 (0,99)
Ohjaus edistänyt pyrkimystä selviytyä kotona	3,15 (1,02)
Ohjaus edistänyt osallistumista hoitoon	3,11 (1,04)
Ohjaus edistänyt terveydentilaa	3,00 (1,13)
Ohjaus edistänyt pyrkimystä itsehoitoon	3,05 (1,02)
Ohjaus edistänyt ruokavalioon sitoutumista	3,03 (0,98)
Ohjaus edistänyt myönteistä asennoitumista hoitoa kohtaan	3,03 (1,02)
Ohjaus edistänyt tiedon ymmärrystä	3,02 (1,04)
Ohjaus edistänyt toimintakykyä	3,00 (1,14)
Ohjaus edistänyt tiedon määrää sairaudesta	2,93 (0,98)
Ohjaus edistänyt hyvinvoinnin tunnetta	2,85 (1,10)
Ohjaus edistänyt omaisten tiedonsaantia	2,81 (1,11)
Ohjaus edistänyt mielialaa	2,73 (1,15)

Arviointiasteikko 1-4: 1,00-2,49=eikä vaikutusta, 2,50-4,00=vaikutusta

### 5.3 Ohjauksen kehittämiskohteet

Vastaajilta kysyttiin miten ohjausta voisi heidän mielestään kehittää. Vastausten perusteella ohjauksen kehittämiskohteiksi hoitoketjussa tunnistettiin **ohjauksen sisällön kehittäminen, jatkohoidon sujuvuuden turvaaminen ohjauksella ja toimintatapojen kehittäminen.** (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Ohjauksen kehittämiskohteet

**Ohjauksen sisällön kehittäminen** piti sisällään *ohjausta lääkehoidosta, ohjausta tutkimuksista, ohjausta itsehoitoon, ohjausta henkiseen hyvinvointiin ja tarpeisiin vastaavaa ohjausta.*

*Ohjausta toivottiin annettavan lääkehoidosta. Lääkehoidon ohjauksessa toivottiin tietoa lääkehoidon kestosta ja annostelusta.*

*”Lääkehoidosta, onko syötävä lopun elämän.”*

*Ohjausta tutkimuksista piti sisällään toivetta tutkimusten teon perustelusta potilaalle ja tutkimuslöydöksistä kertomisen.*

*”Tässä tapauksessa potilas haluaa tietää miksi hänelle tehdään tietty tutkimus mitä suljettiin pois mitä löytyi mikä yhteys sairauteen.”*

*Ohjaus henkiseen hyvinvointiin nousi esiin kehittämiskohteena. Henkiseen hyvinvointiin toivottiin ohjausta ja tukea. Potilasta toivottiin tuettavan sairauden aiheuttamassa muutoksessa.*

*”Henkistä hyvinvointiohjausta saatava lisää. Tämä on niin mullistava tilanne koko perheyhteisölle.”*

*Vastaajat toivat esille, että ohjauksen vastaamista tarpeisiin voisi kehittää. Ohjauksen toivottiin olevan yksilöllisempää, monipuolisempaa ja sisältävän enemmän tietoa.*

*”Vielä yksilöllisempää!”*

**Jatkohoidon sujuvuuden turvaaminen ohjauksella** sisälsi voinnin tiedustelun kotiutumisen jälkeen, ohjausta saatavilla olevista palveluista, läheisten ohjausta jatkohoidosta, asiantuntevaa ohjausta jatkohoidossa sekä ohjausta sosiaalityöistä.

Vastausten perusteella ohjausta voisi kehittää voinnin tiedustelulla kotiutumisen jälkeen. Kotiutumisen jälkeen olisi toivottu yhteydenottoa ja ohjausta terveyskeskuksesta käsin. Vastaajat toivoivat voinnin tiedustelua puhelimitse tai tekemällä kotikäynti.

*”Helpottavaa olisi ollut terveyskeskuksen yhteydenotto, kun sinne oli tullut tieto kotiutumisestani.”*

*Ohjausta saatavilla olevista palveluista esitettiin kehitettävän. Vastaajat ilmaisivat, että jatkohoito kotikunnassa ei ollut sujunut ja asioita oli selvitettävä itse. Jatkohoidon järjestäminen*

terveyskeskuksen kautta oli koettu hankalaksi. Asioiden hoitoon toivottiin apua. Vastaajat ehdottivat, että sairaalassa kerrottaisiin kuntoutusmahdollisuuksista. Lisäksi esitettiin, että olisi yksi henkilö joka kertoisi jatkohoidon palveluista. Sairaalassa toivottiin myös ohjeistettavan minne voi olla ongelmatilanteissa yhteydessä muualle kuin hätäkeskukseen.

*”Että olisi todella yksi henkilö, joka kertoisi näistä eri mahdollisuuksista.”*

*Läheisten ohjaus jatkohoidosta* nousi esiin kehittämiskohteena. Läheisille toivottiin kerrottavan jatkohoidosta ja kotihoitoa tukevista palveluista.

*”Pitäisi kertoa omaisille kotihoidon helpottamiseksi erilaisista vaihtoehtoista”*

Vastaajat toivoivat *asiantuntevaa ohjausta jatkohoidossa*. Vastaajat esittivät, että terveyskeskuksissa tulisi lisätä ohjausta ja vahvistaa osaamista. Lisäksi toivottiin kontrollikäyntiä erikoislääkärille.

*”Ohjausta omaan terveyskeskukseen jatkahuoltoon pitäisi lisätä”*

Vastaajat esittivät kehittämiskohteena *ohjauksen sosiaalietuksista*. Sairaalassa toivottiin kerrottavan sosiaalietuksista ja myös opastettavan niiden hakemisessa. Esitettiin, että sairaalassa olisi oma tukihenkilö joka avustaisi sosiaalietuksien hakemisessa.

*”Sairaalassa voisi ottaa paljon jo heti sairauksen alussa ja opastaa tukihenkilön avulla ja hoitaa Kelan ”lippu-lappu” liitteet kuntoon, siten että sairastuneen ei tarvitsisi itse ruveta hoitamaan käytännön asioita. Sairaalaan oma tukihenkilö joka tietää ja tuntee käytännöt ja tekee sairastuneen puolesta tarvittavat hakemukset.”*

**Toimintatapojen kehittäminen** sisälsi eri menetelmien käyttöä, kiireetöntä ohjausta kotiutustilanteessa, läheisten huomiointia, ohjauksen oikea-aikaisuutta ja hyvää vuorovaikutusta.

*Eri menetelmien käyttöön liittyen ohjausta* toivottiin annettavan myös kirjallisena. Kirjallinen ohjausmateriaali toivottiin käytävän sairaalassa läpi hoitajan kanssa. Terveyskeskuksiin esitettiin kuntouttavaa työtettä ja päivittäistä kuntoutusta tukemaan ohjausta.

*”Aivoverenkiertohäiriöpotilaan seurantakansio tulisi käydä yhdessä hoitajan kanssa läpi sairaalassa”*

*Ohjauksen kiireettömyyttä kotiutustilanteessa* voisi kehittää. Vastaajat ilmaisivat, että ohjaus oli ollut huonoa kiireen vuoksi kotiutustilanteessa. Kiireisen kotiutuksen vuoksi oli jäänyt epävarma olo. Kotiutustilanteeseen esitettiin, että lääkäriä olisi potilaalle aikaa kierron ulkopuolella.

*”Olisi hyvä jos lääkäriä olisi yksityistä aikaa potilaalle ennen kotiin lähtöä. Ei siinä kierrolla mitään ohjeita sisäistä”*

*Läheisten huomiointi nousi esille* yhtenä kehittämiskohteena. Läheisille toivottiin annettavan enemmän tietoa sairaalajaksolla. Läheisiä ja perhettä toivottiin huomioitavan enemmän ja otettavan mukaan ohjaukseen. Erityisesti tärkeänä läheisten informointi ja huomiointi koettiin potilaan sairastaessa afasiaa. Läheisiä toivottiin myös tuettavan sairauden aiheuttamassa muutoksessa.

*”Jos potilas sairastaa vaikeaa afasiaa pitää omaisia informoida ja ottaa kaikessa heidän hoidossa mukaan. Potilas ei voi kertoa hoidostaan omaisille eikä myöskään kommunikaatiovaikeuden vuoksi vastata luotettavasti hoitoa koskeviin kysymyksiin edes hoitohenkilökunnalle. Vaikea afasia aiheuttaa myös suuria ymmärtämisvaikeuksia. Tällöin potilas ei pysty itse kertomaan tilastaan eikä välttämättä ymmärrä hoitohenkilökunnan kysymyksiä. Omainen saattaa olla ainoa joka pystyy tulkitsemaan potilasta.”*

*Ohjauksen oikea-aikaisuus* sisälsi toiveen, että ohjaus ajoitettaisiin potilaan kannalta riittävän myöhäiseen vaiheeseen. Kirjallisen ohjausmateriaalin läpikäyntiä esitettiin tehtävän vasta kotiutumisen jälkeen. Terveyskeskuksen osastolle toivottiin mahdollistettavan yhteydenotto ajantasaisesti.

*”Ohjaus tulisi tehdä riittävän ”myöhään”. Potilas ei alkuun tiedä eikä ymmärrä tilaansa, se vie aikaa- itsellä noin 2 kk, että ”pää” alkaa tiedostaa tapahtuneet muutokset”*

Ohjausta esitettiin kehitettävän *hyvällä vuorovaikutuksella*. Vastaajat toivoivat, että potilaalle puhuttaisiin selkeästi. Potilaalle puhuttaessa toivottiin, ettei käytettäisi lääketieteellisiä termejä. Henkilökunnalta toivottiin hienotunteisuutta, ystävällisyyttä ja rehellisyyttä tiedon antamisessa.

*”hoitajien pitäisi ymmärtää miten asioista keskustellaan eikä töksäyttää sanottavaansa, kuitenkin sairastumisen myötä monia muutoksia missä potilas ja omaisetkin tarvitsevat tukea”*

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimus toteutettiin yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön kanssa ja aiheen valinta nousi käytännön tarpeesta. Ohjauksen toteutumista olisi voinut tutkia myös laadullisilla menetelmillä haastatteleamalla potilaita, omaisia tai henkilökuntaa, havainnoimalla ohjaustilanteita tai tarkastelemalla potilastietojärjestelmän kirjauksia. Ohjauksesta löytyy paljon aikaisempaa tutkimusta, mikä puolsi kvantitatiivisen menetelmän valintaa. Hoitoketjun kontekstissa AVH-potilaan ohjauksesta ei löytynyt aikaisempaa tutkimusta.

Tutkimus kohdistui Tampereen yliopistollisessa sairaalassa hoidettuihin potilaisiin. Kyseessä oli yksinkertainen kyselytutkimus, jossa tutkija oli yhteydessä tutkittaviin vain lähettämällä postitettavat kyselyt. Tällä perusteella eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedekeskuksen johtaja myönsi tutkimukselle rekisteritutkimuksen luvan. (Pirkanmaan sairaanhoitopiiri 2017.)

Tutkijan tulee suojella tutkittavaa haitalta. Aivoinfarktin sairastaneet ovat ryhmänä haavoittuva. Tutkittaville kerrottiin saatekirjeessä tutkimuksesta ja sen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavilla oli mahdollisuus harkita tutkimukseen osallistumista ja kieltäytyä jättämällä vastaamatta kyselyyn. Kyselyyn vastaaminen katsottiin tietoisien suostumuksen antamiseksi. Saatekirjeessä kerrottiin tutkijan yhteystiedot ja tarjottiin mahdollisuus kysyä lisätietoja tutkimuksesta. Saatekirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen luottamuksellisuudesta. (Parahoo 2014.) Ohjaus ei ole aiheena erityisen sensitiivinen eikä tutkittaville arvioitu tulevan haittaa. Tutkimuksen vastaamisesta ja postituksesta vastaajalle aiheutui vaivaa. Kysely pyrittiin pitämään lyhyenä, että vastaaminen olisi helppoa.

Tutkimusta tehdessä tutkija huolehti henkilötietolain (523/1999) noudattamisesta. Henkilötietojen käsittelystä tehtiin ilmoitus Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tietosuojavaltuutetulle. Tutkittavien henkilötietojen poiminta tapahtui diagnoosikoodilla. Henkilötietoja tarvittiin vain kyselyn postittamiseen ja niistä pyydettiin vain tutkimuksen kannalta tarpeelliset tiedot, joita oli etunimi, sukunimi ja osoite. Näistä henkilötiedoista muodostui henkilörekisteri, josta laadittiin rekisteriseloste. Henkilötietojen tallennus tapahtui sairaanhoitopiirin levyasemalle ja tiedot hävitetään pro gradu -tutkielman valmistuttua. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettömänä ja vastauslomakkeet säilytettiin erillään henkilötiedoista. (Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2017.) Tutkimus kohdistui tietyn sairaanhoitopiirin hoitoketjuun, joka mainitaan raportoinnissa. Tutkimusjoukko oli pieni ja

maantieteellisesti pienellä alueella. Tämän vuoksi erityistä harkintaa pyrittiin käyttämään arvioitaessa riskiä tutkittavien tunnistamiseen ja tutkimustulokset pyrittiin raportoimaan niin, ettei yksittäisten vastaajien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimuksessa kerätty aineisto säilytettiin tutkimuksen ajan suojattuna tutkijan käytössä. Tutkimuksen julkaisun jälkeen aineisto tullaan säilyttämään 15 vuotta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedearkistossa. (Kuula 2011.)

Tutkimuksessa käytetyn Potilasohjauksen laatu- mittarin käyttöön kysyttiin asianomainen lupa ja mittarin käytöstä tehtiin kirjallinen sopimus. Tutkimusaineisto luovutetaan mittarin käyttö sopimuksen mukaisesti mittarin kehittäneen tutkijan Maria Kääriäisen tutkimusryhmän käyttöön ja tästä kerrottiin tutkittaville saatekirjeessä.

## 6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa määrällisen tutkimuksen luotettavuutta arvioitiin tarkastelemalla mittauksen validiteettia eli onnistuttiinko mittaamaan mitä oli tarkoitus sekä reliabiliteettia eli mittauksen johdonmukaisuutta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta hoitoketjussa. Tutkimukseen valittiin kaikki tutkimushetkellä kohdejoukkoon kuuluvat. Vastausten katoa pyrittiin ehkäisemään motivoivalla saatekirjeellä, pitämällä kysely lyhyenä, mahdollisuudella täyttää kysely yhdessä läheisen kanssa sekä tarjoamalla vaihtoehto vastata kyselyyn sähköisesti internetissä. Vastausprosentti jäi kuitenkin matalaksi (39%) ja puuttuvien tietojen vuoksi jouduttiin hylkäämään 14 lomaketta mikä heikensi edelleen otoksen edustavuutta. Analysoidut vastaukset edustivat 33 prosenttia otantaan valituista. Luotettavuutta on voinut heikentää sairastuneelle tarjottu mahdollisuus täyttää kysely yhdessä läheisen kanssa. Läheisen oma mielipide on saattanut vaikuttaa vastaukseen. Toisaalta mikäli tätä mahdollisuutta ei olisi tarjottu, olisi se osaltaan heikentänyt otoksen edustavuutta. Tutkimukseen osallistujilla oli kulunut sairauden toteutumisesta kahdesta kuuteen kuukautta aikaa. Valintaan päädyttiin, koska katsottiin vastaajien voivan tässä vaiheessa parhaiten arvioida hoitoketjussa saamaansa ohjausta. Vastaajien muistikuvat ovat kuitenkin saattaneet heikentyä erityisesti sairauden toteutumisvaiheessa annetusta ohjauksesta. Vastauksia tuli 21 eri sairaanhoitopiirin jäsenkunnasta eli otos edusti hyvin sairaanhoitopiiriä, sillä vain kahdesta jäsenkunnasta ei ollut vastaajia. (Heikkilä 2014. ) Vastaajien keski-ikä oli 72 vuotta, mikä vastaa keskimääräistä ikää sairastua aivoinfarktiin (Käypä hoito -suositus 2016). Kyselyt palautettiin nimettömänä, joten katoanalyysiä ei pystytäkään tekemään (Heikkilä 2014).



Tässä tutkimuksessa tutkittiin ohjauksen toteutumista erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollon kokonaisuudessa. Mittaria ei ole aikaisemmin käytetty tässä kontekstissa. Luotettavuutta on voinut heikentää, mikäli vastaajan on ollut vaikea ymmärtää tätä kokonaisuutta. Käsitteiden ymmärrettävyyttä selvitettiin ennen tiedonkeruuta esitestaamalla kyselylomake kahdella AVH-sairastuneilla taustakysymysten ja vastausohjeiden yksiselitteisyyden osalta. (Heikkilä 2014.)

Tutkimuksen luotettavuutta heikentävä tekijä oli kyselylomakkeiden puuttuvat tiedot ja niiden korvaaminen. Menettelyssä puuttuvien tietojen suhteen käytettiin tilastotieteilijän apua. Tulosten luotettavuutta pyrittiin parantamaan jättämällä ”en osaa sanoa”- vastaukset pois summamuuttujien keskiarvoista. Valintaan päädyttiin, koska arvioitiin, että vaihtoehdon valinneilla ei ollut mielipidettä asiasta. (Heikkilä 2014.)

Tutkimuksessa käytettiin aikaisemmin testattua mittaria, joka on todettu validiksi ja reliabeliksi. Mittaria on käytetty useissa aikaisemmissa tutkimuksissa. (Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013, Oikarinen 2016). Summamuuttujien reliabiliteettia mitattiin Cronbachin alfa-kertoimien avulla. Cronbachin alfa-arvot olivat välillä 0,80-0,95, joten mittarin sisäinen johdonmukaisuus oli tämän perusteella hyvä. (Heikkilä 2014.)

Tutkimuksen ja sisällönanalyysin vahvistettavuutta on pyritty lisäämään kuvaamalla tutkimuksen eteneminen ja tulokset niin tarkasti, että lukija pystyy muodostamaan käsityksen analyysin toteuttamisesta. Ylä- ja alaluokat on pyritty muodostamaan niin, että ne vastaavat aineistoa. Yhteys aineiston ja tulosten välillä on pyritty osoittamaan alkuperäisillä ilmaisuilla. (Elo & Kyngäs 2008.) Uskottavuutta on pyritty parantamaan keskustelemalla tuloksista pro gradu -seminaarissa. Tutkimusjoukko on pyritty kuvaamaan tarkasti, tulosten siirrettävyyden arvioinnin mahdollistamiseksi. (Kylmä & Juvakka 2007.)

Tutkimuksen pienen otoskoon vuoksi tulokset eivät ole yleistettävissä (Heikkilä 2014). Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta ja tuloksia voidaan hyödyntää AVH-potilaan hoitoketjun arvioinnissa ja kehittämisessä tässä sairaanhoitopiirissä.

### **6.3 Tulosten tarkastelu**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ohjauksen riittävyyttä AVH-potilaan hoitoketjussa aivoinfarktiin sairastuneiden arvioimana. Tulosten perusteella suuri osa aivoinfarktiin sairastuneista saa riittävästi ohjausta hoitoketjussa. Kuitenkin lähes kolmasosalle ohjaus on riittämätöntä ja vastaajista vain

hieman yli puolet arvioi ohjauksen olleen hoitoketjussa kokonaisuudessaan hyvää tai kiitettävää. Henkilöt, jotka saivat kotiutumisen jälkeen kotihoidon tai avokuntoutuksen palveluita arvioivat ohjauksen todennäköisemmin vähintään hyväksi kuin he, jotka eivät saaneet näitä palveluita. Tulos voi viitata siihen, että kokemus hoidon jatkuvuudesta on parempi henkilöillä, jotka saavat avohoidossa kuntoutusta tai kotihoitoa. Potilasohjauksen toteutumista ei ole aikaisemmin tutkittu hoitoketjussa erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kokonaisuudessa. Aikaisemman tiedon perusteella tiedetään, että AVH-sairastuneiden ohjaukseen liittyvät tarpeet ovat erilaisia hoitoprosessin eri vaiheissa (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Sadler 2014). Tutkimuksissa on tullut esille, että sairastuneet ovat pääsääntöisesti olleet tyytyväisiä akuuttivaiheessa saamaansa ohjaukseen (Almborg ym. 2008, Virtanen ym. 2010, Sadler ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014). Sairastuneilla ja heidän läheisillään on tunnistettu olevan ohjauksellisia tarpeita, jotka jäävät huomioimatta (Hafsteinsdottir ym. 2011, Loupis & Faux 2013).

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella parhaiten hoitoketjussa toteutuu ohjaus sairauden oireista ja hoidosta, seuraavaksi ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen ja heikoiten ohjaus sairauden merkityksestä arkeen. Myös Oikarisen ym. (2017) tutkimuksessa AVH-potilaat saivat riittävimmin ohjausta juuri sairauden oireista ja hoidosta. Tässä tutkimuksessa ohjaus toteutui riittävimmin liikunnasta, lääkehoidosta ja tutkimuksista. Vähiten ohjausta annettiin sosiaalieluksista, mahdollisista lisäsairauksista, sairauden vaikutuksista perheeseen ja lähiomaisiin, stressin hallinnasta sekä vertaistukiryhmistä. Tuloksissa on myös syytä kiinnittää huomiota siihen, että usealle vastaajista oli jäänyt epäselväksi minne voi olla yhteydessä jos ilmenee ongelmia vaikka keskiarvotarkastelun perusteella ohjaus olikin riittävää. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös havaittu ohjauksen sosiaalieluksista ja vertaistukiryhmistä toteutuvan terveydenhuollossa riittämättömästi (Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013). AVH-potilaiden tiedetään tarvitsevan ohjausta sosiaalieluksista (Oikarinen ym. 2014, Hafsteinsdottir ym. 2011). Useaan aikaisemman tutkimuksen perusteella vertaistuki voi olla tärkeä AVH-sairastuneen selviytymistä tukeva tekijä (Wachterns-Kaufmann ym. 2005, Peoples ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin taustatekijöiden yhteyttä koettuun ohjauksen riittävyyteen. Ohjauksen riittävyys oli yhteydessä AVH-yhdyshenkilön yhteydenottoon, lukuun ottamatta osaluetta ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen. AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto oli myös yhteydessä parempaan kokonaisarvioon ohjauksesta. Aiemman tiedon perusteella perusterveydenhuollossa tietyn sairausryhmän hoitoon perehtyneellä hoitajalla tai yhdyshenkilöllä voi olla merkittävä rooli hoitoketjussa. Potilaat ovat kokeneet tärkeäksi, että voivat olla helposti yhteydessä hoitajaan ja hänellä on sairauden hoitoon liittyvää erityisosaamista. (Silvennoinen-Nuora 2010.) AVH-

yhdyshenkilötoiminta ei näyttäisi toteutuvan tällä hetkellä hoitoketjun tavoitteiden mukaisesti, koska noin neljännes sairastuneista ei tiedä mikä AVH-yhdyshenkilö on ja vain neljännekseen yhdyshenkilö on ollut yhteydessä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä, miksi yhdyshenkilötoiminta ei tällä hetkellä toteudu hoitoketjun tavoitteiden mukaisesti. Resurssien niukkuus on aiemmin tunnistettu ongelmaksi perusterveydenhuollossa (Silvennoinen-Nuora 2010). Yksi mahdollinen tekijä AVH-yhdyshenkilötoiminnan toteutumisessa voisi olla resurssien puute kunnissa, jossa yhdyshenkilöt toimivat tehtävässä oman työnsä ohella. Aikaisemman tiedon valossa ohjaukselle tulee olla riittävät resurssit sillä ne mahdollistavat tavoitteellisen ohjaustoiminnan (Kääriäinen 2008).

Taustatekijöistä ohjauksen riittävyys oli yhteydessä kyselyn täyttäjään, lukuun ottamatta osa-aluetta ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen. Vastaajista he, jotka olivat täyttäneet kyselyn itse arvioivat ohjauksen toteutuneen riittävämmän kuin jos kyselyn oli täyttänyt läheinen. Tulos voi viitata siihen, ettei paljon apua tarvitsevien kohdalla ohjaus ole riittävää, mutta läheisten mielipide on saattanut vaikuttaa myös vastaukseen. Perheenjäsenen sairastumisen aivoverenkiertohäiriöön tiedetään voivan vaikuttavan merkittävästi potilaan perheeseen (Daniel ym. 2009, Loupis & Faux 2013).

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lisäksi sukupuolen, iän, kotikunnan, työssäkäynnin, jatkohoitopaikan, jatkohoidon keston sekä asumisen yhteyttä ohjauksen riittävyyteen. Nämä taustatekijät eivät olleet yhteydessä kokemukseen ohjauksen riittävyydestä tai annettuun kokonaisarvioon ohjauksesta. Tämä tulos vahvistaa osaltaan käsitystä AVH-potilaan ohjauksen tarpeen yksilöllisyydestä (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014, Kaila 2014, Sadler ym. 2014, Tholin & Forsberg 2014).

Tässä tutkimuksessa suuri osa vastaajista arvioi annetusta ohjauksesta olleen heille hyötyä. Ohjauksen koettiin edistäneen erityisesti vastuunottoa sairauden hoidosta, mutta vähemmän omaisten tiedonsaantiin, mikä on yhtenäinen tulos aikaisemman tutkimuksen kanssa (Kääriäinen 2007). Tässä tutkimuksessa vastaajat arvioivat ohjauksella olleen vähiten vaikutusta mielialaan. Aikaisemman tiedon perusteella ohjauksen avulla sairastunutta voidaan auttaa tunteiden käsittelyssä ja sopeutumisessa uuteen elämäntilanteeseen (Kaila 2009, Oikarinen ym. 2014).

Tässä tutkimuksessa ohjauksen kehittämiskohteeksi hoitoketjussa tunnistettiin ohjauksen sisällön kehittäminen. Tulosten perusteella ohjauksen vastaamista tarpeisiin voisi hoitoketjussa kehittää. Potilasohjauksen keskeisenä lähtökohta tulisi olla ohjattavan sekä hänen perheensä yksilölliset tarpeet ja tilanne (Yoon ym. 2006, Kääriäinen 2007). Useassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa on tunnistettu ohjauksen potilaslähtöisyyden toteutuvan terveydenhuollossa puutteellisesti (Kääriäinen 2007,

Kaakinen 2013, Oikarinen 2016). Aikaisemmissa tiedon perusteella AVH-sairastuneet ja heidän läheiset toivovat ohjauksen lähtevän juuri heidän tarpeistaan (Hafsteinsdottir ym. 2011). Tässä tutkimuksessa vastaajat esittivät kehittämiskohteeksi myös ohjauksen henkiseen hyvinvointiin. Vastaajat kokivat myös ohjauksen stressin hallinnasta keskimäärin riittämättömäksi. Masennuksen tiedetään olevan aivoinfarktipotilailla yleistä (Käypä hoito -suositus 2016). Aikaisemman tiedon perusteella AVH-sairastuneiden ja heidän läheistensä tiedetään tarvitsevan tietoa aivohalvauksen sosiaalisista sekä psyykkisistä vaikutuksista (Hafsteinsdottir ym. 2011).

Tässä tutkimuksessa keskeiseksi ohjauksen kehittämiskohteeksi nousi jatkohoidon sujuvuuden turvaaminen ohjauksella. Vastaajat toivoivat voinnin tiedustelua kotiutumisen jälkeen, ohjausta palveluista ja asiantuntevaa ohjausta perusterveydenhuollossa. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet tutkimuksessaan Tholin & Forsberg (2014), jossa osa aivohalvauspotilaista koki puutteelliseksi saamansa tuen ja seurannan kotiuduttuaan sairaalasta sekä toivoivat yhteydenottoa terveyskeskuksesta. Potilaiden ja läheisten tarve saada kotiutumisen jälkeen ohjausta palveluista on tunnistettu aikaisemminkin (Hafsteinsdottir ym. 2011, Oikarinen ym. 2014). Aivohalvauspotilaiden hoidon integraation on havaittu toteutuvan hoitoketjussa akuuttivaiheessa hyvin, mutta akuuttivaiheen jälkeen selvästi heikommin (Baeza ym. 2012).

Tässä tutkimuksessa yhdeksi ohjauksen kehittämiskohteeksi tunnistettiin läheisten huomiointi. Tarve läheisten parempaan huomiointiin nousee esille myös ohjauksen riittävyttä ja vaikutuksia tarkastellessa. Tulokset vahvistavat aikaisempaa käsitystä siitä, että potilaat toivovat omaisia otettavan mukaan ohjaukseen (Kääriäinen 2008). Heitä ei kuitenkaan huomioida riittävästi ja oteta mukaan ohjaukseen (Kääriäinen 2008, Almborg 2009). Läheisten mukaan ottaminen ohjaukseen on todettu AVH-potilaan hoidossa tärkeäksi. Läheiset mukaan ottamalla voidaan edistää potilaiden hyvää elämänlaatua ja hyvinvointia. (Oikarinen ym. 2014.)

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella ohjausta voisi kehittää myös hyvällä vuorovaikutuksella. Aikaisemman tiedon perusteella potilasohjaus tapahtuu ohjattavan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutuksessa. Tässä vuorovaikutuksessa keskeiseksi elementiksi on nähty yhteistyö ohjaajan ja ohjattavan välillä, jossa korostuu ymmärrys ja tuen antaminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Aikaisemman tutkimuksen perusteella AVH-sairastuneet toivovat henkilökunnalta kunnioittavaa kohtelua, rohkaisua, kuuntelua sekä psyko-sosiaalista tukea (Peoples ym. 2011). Vastavuoroisen hoitosuhteen on tunnistettu edistävän AVH-sairastuneen kuntoutumista (Kaila 2009).

## 6.4 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Ohjaus toteutuu hoitoketjussa keskimäärin riittävästi ja suuri osa sairastuneista kokee hyötyvänsä annetusta ohjauksesta. Sairastuneiden ohjaustarve on yksilöllistä. Osalle sairastuneista ohjaus on hoitoketjussa riittämätöntä. Ohjaus tulisi suunnitella ja toteuttaa yksilöllisesti hoitoketjun asiakkuuspolkujen määrittelyä hyödyntäen.
2. Tutkimustulosten perusteella AVH-yhdyshenkilötoiminta näyttäisi olevan yhteydessä sairastuneiden kokemaan parempaan ohjauksen riittävyteen hoitoketjussa ja parempaan kokonaisarvioon ohjauksesta. AVH-yhdyshenkilötoiminta ei toteudu tällä hetkellä hoitoketjukuvauksen mukaisesti, mutta sitä kannattaa edistää ja vahvistaa.
3. Aivoinfarktiin sairastuneiden läheisten ohjaus ei toteudu hoitoketjussa riittävästi. Läheisten tiedonsaantia tulisi edistää. Heitä tulisi huomioida paremmin ja ottaa mukaan ohjaukseen. Ohjausta tulisi antaa enemmän sairauden merkityksestä arkeen.
4. Osa sairastuneista kohtaa ongelmia jatkohoidon sujuvuudessa kotiutumisen jälkeen. Ohjausta saatavilla olevista palveluista ja sosiaalietuksista tulisi helpottaa. Kotiutustilanteessa tulisi varmistaa, että sairastuneella tai hänen läheisillään on tieto minne voivat ottaa yhteyttä jos kotona ilmenee kysyttävää. Ohjausta olisi hyvä olla enemmän tarjolla kotiutumisen jälkeen erityisesti heille, jotka eivät saa kotihoitoa tai kuntoutusta avohoidossa.
5. Osa sairastuneista kokee riittämättömäksi saamansa ohjauksen henkiseen hyvinvointiin ja stressin hallintaan, joten sitä tulisi lisätä.
6. Ohjaus vertaistuesta on tällä hetkellä vähäistä. Vertaistuen kautta sairastuneilla voisi olla mahdollisuus saada tukea sopeutumisessa uuteen tilanteeseen. Vertaistuen mahdollisuudesta tulisi antaa enemmän ohjausta.

Tässä tutkimuksessa saatiin uutta tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta hoitoketjussa. Tulokset raportoidaan Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle,

joka voi hyödyntää tietoa AVH-potilaan hoitoketjun arvioinnissa ja kehittämisessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin AVH-potilaan hoitoketjukuvaus on valmistunut vuonna 2016, joten se on melko uusi. Jatkossa voisi tutkia kuinka hyvin hoitoketju tunnetaan henkilökuntaa haastatteleamalla tai kyselyllä. Hoitoketjussa olisi myös hyvä selvittää kuinka asiakkuuspolkujen määrittely on otettu käyttöön sekä mitkä ovat olleet käyttöä estäviä ja edistäviä tekijöitä.

## LÄHTEET

Adie K & James M. 2010. Does telephone follow-up improve blood pressure after minor stroke or TIA? *Age and Ageing* 39, 598–603.

Aivoinfarkti ja TIA. Käypä hoito-suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Saatavissa: [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi) 22.11.2016.

Aivoliitto. 2016. Perustietoa AVH:sta. Aivoliiton WWW-sivut. Saatavissa: [http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio\\_\(avh\)/perustietoa\\_avh\\_sta](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/perustietoa_avh_sta). 30.11.2016.

Almborg A-H, Ulander K, Thulin A & Berg S. 2008. Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke. *Journal of Clinical Nursing* 18 (2), 199–209.

Almborg A-H, Ulander K, Thulin A & Berg S. 2009. Discharge planning of stroke patients: The relatives' perceptions of participation. *Journal of Clinical Nursing* 18(6), 857–865.

Baeza J, Boaz A, Fraser A, Fulop N, McKevitt C, Wolfe C and On behalf of the European Implementation Score (EIS) Collaborative Group. 2012. The importance of normative integration in stroke services: case study evidence from Sweden and England. *Health Services Management Research* 25, 155–161.

Curiqueo R & Mikkelsen M. 2017. Kuntoutussuositukset aivoverenkiertohäiriön jälkeen Päijät-Hämeen keskussairaalassa. *Suomen lääkirilehti* 7 (72), 431–436.

Daniel K, Wolfe CD, Busch, MA & McKevitt C. 2009. What are the social consequences of stroke for working-aged adults? A systematic review. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation* 40, 431–40.

Eames S, Hoffmann T, Worrall L, Read S & Wong A .2013. Randomised controlled trial of an education and support package for stroke patients and their carers. *BMJ open* 3:e002538.

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62 (1), 107–115.

Green T, Haley E, Eliasziw M & Hoyte K. 2007. Education in stroke prevention: efficacy of an educational counselling intervention to increase knowledge in stroke survivors. *Canadian Journal of Neuroscience Nursing* 29 (2), 13–20.

Hafsteinsdóttir TB, Vergunst M, Lindeman E & Schuurmans M. 2011. Educational needs of patients with a stroke and their caregivers: A systematic review of the literature. *Patient Education & Counseling* 85 (1), 14–25.

Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.

Hoffmann T, McKenna K, Worrall L & Read S. 2007. Randomised trial of a computer-generated tailored written education package for patients following stroke. *Age and Ageing* 36, 280–286.

Holmberg- Marttila D, Palvanen M, Kuusisto L & Salunen R. 2015. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin hoitoketjuopas. Saatavissa: <http://www.pshp.fi/fiFI/Ohjeet/Hoitoketjut>. 1.1.2017.

Joanna Briggs Institute. 2009. Aivohalvauksesta toipuvien iäkkäiden henkilöiden psykososiaalisen henkinen kokemus. *Best Practice* 13 (6). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Seppänen S,

- Frilander A & Takkinen S. Saatavissa: [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2009-6\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2009-6_0.pdf). 10.1.2017.
- Joanna Briggs Institute. 2010. Hoitoketjujen vaikuttavuus aikuisten ja lasten terveydenhuollossa. Best Practice 14 (8). Käännös Suomen JBI yhteistyökeskus: Korhonen A & Nuutinen M. Saatavilla: [http://www.hotus.fi/system/files/BPIS\\_ennakko\\_2010-8\\_0.pdf](http://www.hotus.fi/system/files/BPIS_ennakko_2010-8_0.pdf). 13.1.2017.
- Kaakinen P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1214. Oulun yliopisto.
- Kaila A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynthesei. Hoitotiede 21 (3), 3–12.
- Kaila A. 2014. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan ja omaisen voimavaraistava potilasohjaus. Teoksessa: Kaila A (toim.) Potilasohjaus vaikuttavammaksi Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen ky:ssä 2008 – 2013. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.
- Ketola E, Mäntyranta T, Mäkinen R, Voipio-Pulkki L-M, Kaila M, Tulonen-Tapio J, Nuutinen M, Aalto P, Kortekangas P, Brander P & Komulainen J. 2006. Hoitosuosituksista hoitoketjuiksi. Opas hoitoketjujen laadintaan ja toimeenpanoon. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki.
- Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka: aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino, Jyväskylä.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Kwan J. 2007. Care pathways for acute stroke care and stroke rehabilitation: From theory to evidence. Journal of Clinical Neuroscience 14, 189–200.
- Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä. Hoitotiede 17 (5), 250-258.
- Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 937. Oulun yliopisto.
- Kääriäinen M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6 (4) 10-15.
- Loupis Y & Faux S. 2013. Family conferences in stroke rehabilitation: A Literature Review. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases 22 (6), 883-893.
- Meretoja A. 2012. Aivohalvaus- kallis kansansairautemme. Duodecim 128 (128), 139-146.
- Munro B. 2005. Statistical Methods for Health Care Research. 5th ed. Lippincott, Philadelphia.
- Nordback I, Salo M, Holmberg-Marttila D, Päivä H, Liimatainen T, Porkkala T, Kaila M. 2010. Kehittämistyössä tarvitaan täsmällisiä termejä. Suomen Lääkärilehti 65 (17), 1549 – 1551.
- Nummenmaa L. 2009. Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät. Tammi, Helsinki.
- Oikarinen A, Kääriäinen M & Kyngäs H. 2014. A framework of counseling for patients with stroke in nursing: a narrative literature review. The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses 46 (5), E3-E14.
- Oikarinen A. 2016. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of lifestyle counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patients. Doctoral dissertation, Oulu University Press, Oulu.



- Oikarinen, A, Engblom J, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2017. Lifestyle Counseling Intervention Effects on Counseling Quality in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack. *Journal of Neuroscience Nursing* 49 (3), 137-141.
- Parahoo K. 2014. *Nursing research. Principles, process and issues*. Palgrave Macmillan, Englanti.
- Peoples H, Satink T & Steultjens E. 2011. Stroke survivors' experiences of rehabilitation: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 18 (3), 163-171.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2016. AVH-potilaan hoitoketju. Saatavissa: [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=shp01192](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=shp01192). 18.12.2016.
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. 2017. Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen alueellisen eettisen toimikunnan toimintaohje. Saatavissa: [http://www.pshp.fi/fi-FI/Tutkimus\\_ja\\_opetus/Palvelut\\_tutkijoille/Eettinen\\_toimikunta/Toimintaohje/Eettisen\\_toimikunnan\\_toim](http://www.pshp.fi/fi-FI/Tutkimus_ja_opetus/Palvelut_tutkijoille/Eettinen_toimikunta/Toimintaohje/Eettisen_toimikunnan_toim). 6.2.2017.
- Roine R. 2016. Aivoinfarkti. Lääkärin käsikirja. Kustannus Oy Duodecim. [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi/artikkeli:ykt00889), artikkeli: ykt00889.
- Sadler E, Daniel K, Wolfe CDA & McKeivitt C. 2014. Navigating stroke care: the experiences of younger stroke survivors. *Disability and Rehabilitation* 36 (22), 1911-1917.
- Silvennoinen-Nuora, Leena. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa - Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 1558. Tampere.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- terveyspolitiikan strategia. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>. 19.1.2017.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Sosiaali- ja terveyspalveluiden integraatio. Sote- ja maakuntauudistuksen WWW-sivut. Saatavissa: <http://alueuudistus.fi/integraatio>. 6.1.2017.
- Takala T, Peurala S, Erilä T, Huusko T, Viljanen T, Ylinen A & Sivenius J. 2010. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluja. *Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suomen Lääkärilehti* 5 (65).
- Tholin H & Forsberg A. 2014. Satisfaction with care and rehabilitation among people with stroke, from hospital to community care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28 (4), 822-829.
- Vanhaecht K, Panella M, Van Zelm R, Sermeus W. 2010. An overview on the history and concept of care pathways as complex interventions. *International Journal of Care Pathways* 14, 117-123.
- Virtanen P, Paavilainen E, Helminen M & Åstedt-Kurki P. 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (4), 302-311.
- Wachters-Kaufmann C, Schuling J, The H & Meyboom-de Jong B. 2005. Actual and desired information provision after a stroke. *Patient Education and Counseling* 56 (2), 211-217.
- West A, Cox M, Zimmer LO, Fedder W, Weber C, Drew L, Peterson ED, Bushnell C & Olson DM. 2012. An evaluation of stroke education in AVAIL registry hospitals. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses* 44 (3), 115-123.

World Health Organization. 2013. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century. Saatavissa: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1). 19.1.2017.

Yhteiskuntatieteellinen tietokirjo. 2017. Aineistonhallinnan käsikirja. Tampere. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/>. urn:nbn:fi:fsd:V-201504200001. 25.1.2017.

Yonaty S & Kitchie S. 2012. The educational needs of newly diagnosed stroke patients. The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses 44 (5), E1-E9.

Yoon S, Conway J & McMillan M. 2006. An exploration of the concept of patient education: implications for the development of educational programmes for relapsed post-bone marrow transplantation patients and their families in Korea. International Journal of Nursing Practice. 12, 129-135.

## TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

(päiväys)

### **Tutkimus: Ohjauksen toteutuminen aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoketjussa aivoinfarktiin sairastuneiden arvioimana**

Pyydän Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa tutkitaan aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumista Pirkanmaan sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa. Teitä pyydetään osallistumaan tutkimukseen, koska olette olleet hoidossa Tampereen yliopistollisessa sairaalassa aivoinfarktin vuoksi.

### **Tutkimuksen tarkoitus**

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata aivoinfarktiin sairastuneiden saamaa ohjausta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikölle tietoa aivoinfarktiin sairastuneiden ohjauksen toteutumisesta. Vastaamalla kyselyyn annatte tärkeää tietoa tästä aiheesta.

Tampereen yliopistollisen sairaalan tiedekeskuksen johtaja on arvioinut tutkimussuunnitelman ja antanut luvan tutkimuksen tekoon.

### **Tutkimuksen kulku**

Aineistonkeruu tapahtuu ohessa olevalla kyselylomakkeella tai vaihtoehtoisesti voitte käydä täyttämässä kyselyn internetissä osoitteessa <https://www.webpolsurveys.com/S/9835EF8F677076CC.par>

Kyselyssä kysytään taustatietojen lisäksi mielipidettänne saamanne ohjauksen riittävydestä, hyödyistä, millaista ohjaus oli kokonaisuudessaan sekä miten mielestänne ohjausta voisi kehittää. Aikaa kyselyn vastaamiseen menee 10-15 minuuttia. Voitte halutessanne täyttää kyselyn yhdessä läheisenne kanssa. Kyselystä ei aiheudu teille kuluja, kun lähetätte kyselyn ohessa olevalla palautuskuorella. Toivon, että vastaatte kyselyyn **kahden viikon** kuluessa.

## **Tutkimukseen liittyvät hyödyt**

Tutkimukseen osallistumisesta ei ole teille välitöntä hyötyä, mutta tutkimuksesta saadun tiedon avulla voidaan kehittää aivoinfarktiin sairastuneiden ohjausta Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä.

## **Luottamuksellisuus, tietojen käsittely ja säilyttäminen**

Antamianne tietoa käsitellään luottamuksellisesti henkilötietolain edellyttämällä tavalla. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja tutkimustulokset raportoidaan ryhmätasolla niin, ettei yksittäisten tutkittavien tunnistaminen ole mahdollista. Tutkimuksessa kerätty aineisto säilytetään tutkimuksen ajan suojattuna tutkijan käytössä ja tutkimuksen julkaisun jälkeen 15 vuotta Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tiedearkistossa. Tutkimuksessa käytetään Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen professori Maria Kääriäisen kehittämää Potilasohjauksen laatu -mittaria ja aineisto tullaan luovuttamaan myös hänen tutkimusryhmänsä käyttöön. Vastaamalla tutkimukseen annatte luvan vastaustenne käyttämiseen tässä tutkimuksessa ja niiden luovuttamiseen Maria Kääriäisen johtaman potilasohjauksen laadun arviointi -tutkimusryhmän käyttöön Oulun yliopiston terveystieteiden laitokselle.

## **Vapaaehtoisuus**

Tutkimukseen osallistuminen on teille vapaaehtoista. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta millään tavalla hoitoonne.

## **Tutkimustuloksista tiedottaminen**

Tutkimus on Tampereen yliopiston yhteiskuntatieteiden, hoitotieteen yksikössä tehtävä Saara Kotakorven pro gradu -tutkielma, jonka ohjaajana toimii TtT, professori Marja Kaunonen. Tutkimus on valmistuttuaan luettavissa Tampereen yliopiston julkaisuarkistosta.

## **Lisätiedot**

Mikäli haluatte lisätietoja tutkimuksesta, vastaan mielelläni kysymyksiinne. Voitte ottaa minuun yhteyttä joko sähköpostilla tai puhelimitse.

Saara Kotakorpi

Apulaisosastonhoitaja, Terveystieteiden maisteriopiskelija

Tays, Neuroalojen ja kuntoutuksen vastuualue

p. +xxx xx xxxxxx

[Kotakorpi.Saara.H@student.uta.fi](mailto:Kotakorpi.Saara.H@student.uta.fi)

Liite 2. Taustatekijöiden yhteys summamuuttujaan ohjaus sairaudesta ja sen hoidosta

<b>Taustatekijä</b>	<b>n</b>	<b>Md</b>	<b>Q<sub>1</sub>- Q<sub>3</sub></b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Sukupuoli</b>				510,5	0,362 <sup>1</sup>
Mies	47	3,20	2,25-3,50		
Nainen	25	3,36	2,60-3,68		
<b>Ikä</b>					0,153 <sup>2</sup>
43-65 vuotta	15	2,36	1,72-3,45		
66-75 vuotta	30	3,26	2,98-3,98		
yli 76 vuotta	27	3,22	2,25-3,82		
<b>Kotikunta</b>				546,5	0,831 <sup>1</sup>
Tampere	24	3,24	2,59-3,86		
Muu Pshp:n jäsenkunta	47	3,26	2,38-3,49		
<b>Työssäkäynti</b>					
Eläkeläinen	62	3,24	2,83-3,68	267,5	0,488 <sup>1</sup>
Työssäkäyvä tai muu	10	2,77	2,00-3,54		
<b>Jatkohoitopaikka</b>					0,580 <sup>2</sup>
Koti	34	3,30	2,53-3,57		
Kuntoutusosasto	19	3,22	2,25-3,80		
Terveyskeskus tai muu	18	3,08	1,55-3,55		
<b>Jatkohoidon kesto</b>					0,717 <sup>2</sup>
alle viikon	9	3,25	2,54-3,60		
yli 1-4 viikkoa	16	3,30	1,55-3,83		
yli kuukauden	12	2,75	1,76-3,56		
<b>Asuminen</b>				558,0	0,942 <sup>1</sup>
Asuu yksin	24	3,04	2,17-3,84		
Asuu muiden kanssa	47	3,25	2,50-3,50		
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen</b>				610,0	0,995 <sup>1</sup>
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	33	3,20	2,25-3,83		
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	37	3,25	2,25-3,50		
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto</b>				231,5	<b>0,001<sup>1</sup></b>
Kyllä	18	3,45	3,24-3,83		
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	52	3,08	2,04-3,43		
<b>Kyselyn täytti</b>				169,0	<b>0,003<sup>1</sup></b>
Sairastunut itse	56	3,35	2,63-3,78		
Läheinen	13	2,36	1,52-3,19		

<sup>1</sup>Mann-Whitney U-testi, <sup>2</sup>Kruskal-Wallis -testi

Liite 3. Taustatekijöiden yhteys summamuuttujaan ohjaus sairauden merkityksestä arkeen

<b>Taustatekijä</b>	<b>n</b>	<b>Md</b>	<b>Q<sub>1</sub>- Q<sub>3</sub></b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Sukupuoli</b>				516,5	0,477 <sup>1</sup>
Mies	46	3,00	1,6-3,43		
Nainen	25	3,00	2,13-3,29		
<b>Ikä</b>					
43-65 vuotta	15	2,25	1,00-3,00		0,108 <sup>2</sup>
66-75 vuotta	30	3,00	2,25-3,50		
yli 76 vuotta	26	3,00	1,58-3,56		
<b>Kotikunta</b>				452,0	0,211 <sup>1</sup>
Tampere	24	2,41	1,70-3,00		
Muu Pshp:n jäsenkunta	46	3,00	1,79-3,42		
<b>Työssäkäynti</b>				270,5	0,564 <sup>1</sup>
Eläkeläinen	61	3,00	1,78-3,42		
Työssäkäyvä tai muu	10	2,33	1,81-3,25		
<b>Jatkohoitopaikka</b>					0,686 <sup>2</sup>
Koti	34	3,00	2,13-3,33		
Kuntoutusosasto	19	3,00	2,00-3,60		
Terveyskeskussairaalan vuodeosasto tai muu	17	3,00	1,25-3,20		
<b>Jatkohoidon kesto</b>					0,597 <sup>2</sup>
alle viikon	8	2,88	1,25-3,15		
yli 1-4 viikkoa	16	3,10	1,20-3,94		
yli kuukauden	12	2,25	1,63-3,15		
<b>Asuminen</b>				527,5	0,760 <sup>1</sup>
Asuu yksin	24	3,00	1,76-3,30		
Asuu muiden kanssa	46	3,00	1,94-3,43		
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen</b>				559,0	0,671 <sup>1</sup>
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	33	3,00	2,00-3,55		
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	36	3,00	1,75-3,31		
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto</b>				272,0	<b>0,010<sup>1</sup></b>
Kyllä	18	3,00	2,94-3,81		
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	51	2,33	1,50-3,20		
<b>Kyselyn täytti</b>				167,0	<b>0,003<sup>1</sup></b>
Sairastunut itse	55	3,00	2,00-3,50		
Läheinen	13	2,00	1,00-2,88		

<sup>1</sup>)Mann-Whitney U-testi, <sup>2</sup>)Kruskal-Wallis -testi

Liite 4. Taustatekijöiden yhteys summamuuttujaan ohjaus hoidon jälkeiseen toipumiseen

<b>Taustatekijä</b>	<b>n</b>	<b>Md</b>	<b>Q<sub>1</sub>- Q<sub>3</sub></b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Sukupuoli</b>				451,0	0,319 <sup>1</sup>
Mies	46	2,83	1,85-3,30		
Nainen	23	3,00	2,40-3,43		
<b>Ikä</b>					0,481 <sup>2</sup>
43-65 vuotta	15	2,25	1,63-3,25		
66-75 vuotta	28	3,00	2,00-3,31		
yli 76 vuotta	26	3,00	2,19-3,58		
<b>Kotikunta</b>				387,5	0,091 <sup>1</sup>
Tampere	23	3,00	2,06-3,46		
Muu Pshp:n jäsenkunta	45	2,50	2,00-3,00		
<b>Työssäkäynti</b>				294,0	0,986 <sup>1</sup>
Eläkeläinen	59	3,00	2,00-3,33		
Työssäkäyvä tai muu	10	2,81	1,90-3,59		
<b>Jatkohoitopaikka</b>					0,859 <sup>2</sup>
Koti	32	2,88	1,86-3,24		
Kuntoutusosasto	19	2,67	2,00-3,75		
Terveyskeskussairaalan vuodeosasto tai muu	17	3,00	2,19-3,75		
<b>Jatkohoidon kesto</b>					0,853 <sup>2</sup>
alle viikon	8	3,06	2,70-3,31		
yli 1-4 viikkoa	16	2,63	1,57-3,75		
yli kuukauden	12	2,43	2,00-3,70		
<b>Asuminen</b>				438,0	0,301 <sup>1</sup>
Asuu yksin	23	2,50	1,83-3,50		
Asuu muiden kanssa	45	3,00	2,06-3,38		
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen</b>				468,5	0,249 <sup>1</sup>
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	32	3,00	2,00-3,75		
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	35	2,75	1,88-3,20		
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto</b>				315,0	0,074 <sup>1</sup>
Kyllä	18	3,00	2,58-3,67		
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	49	2,50	1,85-3,27		
<b>Kyselyn täytti</b>				260,0	0,172 <sup>1</sup>
Sairastunut itse	53	3,00	2,00-3,46		
Läheinen	13	2,40	1,63-3,06		

<sup>1</sup>Mann-Whitney U-testi, <sup>2</sup>Kruskal-Wallis -testi

Liite 5. Taustatekijöiden yhteys summamuuttujaan ohjauksen kokonaisriittävyys

<b>Taustatekijä</b>	<b>n</b>	<b>Md</b>	<b>Q<sub>1</sub>- Q<sub>3</sub></b>	<b>U</b>	<b>p</b>
<b>Sukupuoli</b>				510,0	0,359 <sup>1</sup>
Mies	47	3,00	1,96-3,44		
Nainen	25	3,08	2,54-3,45		
<b>Ikä</b>					0,188 <sup>2</sup>
43-65 vuotta	15	2,20	1,42-3,21		
66-75 vuotta	30	3,09	2,52-3,52		
yli 76 vuotta	27	3,05	1,93-3,40		
<b>Kotikunta</b>				473,5	0,271 <sup>1</sup>
Tampere	24	2,94	2,16- 3,32		
Muu Pshp:n jäsenkunta	47	3,08	2,09-3,50		
<b>Työssäkäynti</b>				292,0	0,769 <sup>1</sup>
Eläkeläinen	62	3,05	2,28-3,45		
Työssäkäyvä tai muu	10	2,65	2,06-3,46		
<b>Jatkohoitopaikka</b>					
Koti	34	3,08	2,28-3,39		0,561 <sup>2</sup>
Kuntoutusosasto	19	3,05	1,91-3,70		
Terveyskeskus tai muu	18	3,03	1,68-3,32		
<b>Jatkohoidon kesto</b>					0,766 <sup>2</sup>
alle viikon	9	3,08	2,48-3,36		
yli 1-4 viikkoa	16	3,10	1,45-3,80		
yli kuukauden	12	2,57	1,78-3,53		
<b>Asuminen</b>				533,0	0,706 <sup>1</sup>
Asuu yksin	24	2,89	1,91-3,65		
Asuu muiden kanssa	47	3,05	2,29-3,38		
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen</b>				581,5	0,733 <sup>1</sup>
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	33	3,06	2,01-3,74		
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutus- palveluita	37	3,05	2,28-3,30		
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto</b>				267,5	<b>0,007<sup>1</sup></b>
Kyllä	18	3,24	3,05-3,72		
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	52	2,70	1,94-3,32		
<b>Kyselyn täytti</b>				190,5	<b>0,008<sup>1</sup></b>
Sairastunut itse	56	3,09	2,35-3,49		
Läheinen	13	2,21	1,48-3,05		

<sup>1</sup>Mann-Whitney U-testi, <sup>2</sup>Kruskal-Wallis -testi



Liite 6. Taustatekijöiden yhteys kokonaisarvioon ohjauksesta

<b>Taustatekijä</b>	<b>n</b>	<b><math>\chi^2</math></b>	<b>df</b>	<b>p</b>
<b>Sukupuoli</b>		1,360	1	0,243
Mies	44			
Nainen	24			
<b>Ikä</b>		0,922	2	0,631
43-65 vuotta	15			
66-75 vuotta	30			
yli 76 vuotta	23			
<b>Kotikunta</b>		1,085	1	0,289
Tampere	25			
Muu Pshp:n jäsenkunta	42			
<b>Jatkohoitopaikka</b>		0,823	2	0,663
Koti	34			
Kuntoutusosasto	18			
Terveyskeskussairaalan vuodeosasto tai muu	15			
<b>Asuminen</b>		1,145	1	0,285
Asuu yksin	21			
Asuu muiden kanssa	46			
<b>Palvelut kotiutumisen jälkeen</b>		5,274	1	<b>0,022</b>
On saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	29			
Ei ole saanut kotihoitoa tai kuntoutuspalveluita	37			
<b>AVH-yhdyshenkilön yhteydenotto</b>		7,195	1	<b>0,007</b>
Kyllä	19			
Ei tai ei tiedä mikä on AVH-yhdyshenkilö	47			
<b>Kyselyn täytti</b>		3,022	1	0,082
Sairastunut itse	52			
Läheinen	13			